



19 ESCALAS

DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

COMPILADORES

Blanca Elba García y García
María M. Lozano Álvarez
Ismael Fernando Díaz Oropeza

19 Escalas de Evaluación Psicológica

Compiladores:

Blanca Elba García y García, María M. Lozano Álvarez e Ismael Fernando Díaz Oropeza

Diseño Gráfico:

Javier Martret Lozano

Primera Edición: Agosto 2016

Impreso y hecho en México

Registro Público del Derecho de Autor

03-2016-082411261400-01

El presente material se puede reproducir con fines académicos citando la fuente.
Prohibida su venta.

19 ESCALAS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Compiladores y revisores técnicos:
Blanca Elba García y García
María M. Lozano Álvarez
Ismael Fernando Díaz Oropeza



ÍNDICE

ACERCA DE LOS AUTORES	7
INTRODUCCIÓN	11
MEDICIÓN DE ACTITUDES	13
Adaptación de las escalas de estigma por VIH: una aproximación de tres dimensiones Gibrán Omar Rodríguez de los Reyes	14
Escala de actitud hacia la ingesta (EAHI) María del Pilar Balsa Fadanelli	25
Escala de actitudes hacia personas indígenas Roberto Carlos González Fócil	31
RASGOS DE PERSONALIDAD	36
Escala de ansiedad de separación materna en madres profesionistas Tamara Niebla Delgado	37
Inventario de obsesiones y compulsiones revisado (IOC-R) Andrea Juárez Platas	43
Escala de evaluación comprensiva de tendencias sádicas (CAST) Mario Sergio Cisneros Reyes	48
Test del complejo de Adonis en deportistas Alejandra Carmona Collado	52
Inventario de síntomas SCL-90-R en estudiantes universitarios Salud Cavia Esteinou	60
PROCESOS TERAPÉUTICOS	66
Escala de negociación de la alianza terapéutica (ENAT) Lucero Aytzeé Peña Leyva	67

ÍNDICE

- 71** **Escala de adherencia a la terapia familiar**
Ismael Fernando Díaz Oropeza
- 76** **ACTITUDES POSITIVAS HACIA LA VIDA**
- 77** **Escala de bienestar psicológico (EBP)**
María M. Lozano Álvarez y Blanca Elba García y García
- 82** **Escala de construcción de soluciones (ECS)**
María Luisa Plasencia Vilchis
- 90** **EDUCACIÓN Y TRABAJO**
- 91** **Cuestionario clima del aula**
Carolina Ruiz Flores
- 98** **Escala de problemas de conducta en la escuela**
Verónica Ivonne Paquentin Falcón
- 103** **Escala Illinois de bully (IBS)**
Arantxa Jimena Aparicio Sánchez
- 107** **Cuestionario de satisfacción en el trabajo**
Herman Frank Littlewood Zimmerman
- 111** **PAREJA**
- 112** **Escala de calidad marital de Fincham y Linfield**
Blanca Elba García y García
- 119** **Escala de violencia ejercida y violencia recibida en el noviazgo (VRNV)**
Gerardo Edmundo Vega López
- 127** **Escala de intimidad deseada en las relaciones de pareja**
Shuyin Durán Torres

ACERCA DE LOS AUTORES

Dra. Blanca Elba García y García

Doctora en Psicología Social por la Facultad de Psicología de la UNAM. Actual Coordinadora del Posgrado (maestría y doctorado) en Psicología de la Universidad de las Américas, A. C. desde 1993. Miembro del Comité Tutorial del Doctorado en Psicología de la misma Universidad. Miembro del comité editorial y asesor nacional e internacional de la Revista EnClaves del Pensamiento del Tecnológico de Monterrey. Consejera Editorial de la Revista Psicoterapia y Familia. Investigadora y especialista en estudios de género y estudios de la mujer, especialmente en acoso sexual hacia las mujeres. Profesora de licenciatura, maestría y doctorado desde hace 40 años, en la Facultad de Psicología de la UNAM, en la Universidad de las Américas, A. C. en la Universidad La Salle, en el Instituto Mora y en la Universidad del Valle de México. Especialista en problemas de aprendizaje. Especialista en metodología de la investigación cuantitativa, cualitativa y construcción de instrumentos de medición. Experiencia en la elaboración de programas de posgrado. Cuenta con diversas ponencias y artículos de investigación sobre diversos tópicos.

Contacto: bgarcia@udlax.mx

Dr. Ismael Fernando Díaz Oropeza

Doctor y Maestro en Psicología por la Universidad de las Américas, A.C., Licenciado en Psicología por la FES Iztacala UNAM, Diplomado en Terapia Médica Familiar por el IFAC., Docente en la licenciatura y el posgrado en Psicología en la Universidad de las Américas, A.C., en la Universidad de

Londres y en la Universidad del Mayab. Terapeuta en práctica privada, supervisor clínico e investigador. Miembro de la Society for Psychotherapy Research.

Contacto: diazism@gmail.com

Dra. María M. Lozano Álvarez

Doctora en Psicología, Maestría en Psicología Clínica con especialidad en Terapia Familiar y Licenciada en Psicología de la Conducta Social por la Universidad de las Américas, A.C.. Diplomado Internacional en Psicocardiología, entrenamiento en Biofeedback y Neurofeedback. Profesora de Asignatura en el Posgrado de Maestría y Doctorado de Psicología de la División de Ciencias del Comportamiento en la Universidad de las Américas, A.C. Terapeuta en práctica privada e investigadora. Miembro de la Sociedad Médica de Médica Sur y del Colegio Oficial de Psicólogos.

Contacto: lozanomm@gmail.com

Mtra. Arantxa Jimena Aparicio Sánchez

Maestría en psicología clínica, especialista en psicoterapia sistémica posmoderna. Psicoterapeuta en el Hospital Privado Anáhuac. Trabajo psicoterapéutico con casos de trastornos de ansiedad generalizada, violencia doméstica y abuso sexual. Impartición de talleres para control de ansiedad en el personal de las instituciones de salud públicas y psicoeducativos para pacientes con el padecimiento de hepatitis B. Acompañamiento tanatológico en pacientes y familiares en el Hospital General de Chilpancingo, Gro.

Contacto: asarantxa@hotmail.com

Dra. María del Pilar Balsa Fadanelli

Doctorado en Psicología por la Universidad de las Américas A. C. en la Ciudad de México. Es Especialista en Diagnóstico e Intervención Terapéutica en Trastornos

Alimentarios por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Maestra en Terapia Racional Emotivo y Conductual por el Instituto de Terapia Racional Emotiva. Especialista en Terapias Cognitivo Conductuales por el Instituto de Terapia Racional Emotiva. Especialista en Terapia en Conflictos de Pareja por Centro de Terapia Familiar y de Pareja en Barcelona, España. Licenciada en Psicología por Universidad Intercontinental (UIC)

Contacto: pilarbalsa@live.com

Dra. Alejandra Carmona Collado

Licenciatura en Psicología de la Universidad Iberoamericana. Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica de la Sociedad Psicoanalítica de México. Doctorado en Psicología de la Universidad de las Américas. Publicación de la Validación del Test del Complejo de Adonis en México. Diplomado en Terapia Individual Sistémica. Consulta privada con niños, adolescentes y adultos.

Contacto:alejandracarmona@hotmail.com

Dra. Salud Cavia Esteinou

Doctora y Maestra en Psicología por la Universidad de las Américas A.C., Maestra en Counseling Psychology por Alliant International University y Licenciada en Psicología por la Universidad Iberoamericana Ciudad de México. Ha trabajado en diversas instituciones dedicada principalmente a la psicoterapia, supervisión y docencia a nivel licenciatura y posgrado. Especializada en psicoterapia individual y de pareja, principalmente con adolescentes y adultos jóvenes, ejerce la práctica privada desde el 2007. Actualmente académica de la Universidad Iberoamericana, donde su principal actividad es la atención direc-

ta de alumnos desde el área de Asesoría Psicológica de la CAEU y responsable del área de Culturas Juveniles dentro del mismo programa.

Contacto: saludc@gmail.com

Dra. Shuyin Durán Torres

Estudió la Licenciatura en Psicología y la Maestría en Psicología con especialidad en Terapia Familiar en las Universidad de Las Américas, A.C. Obtuvo el grado de Doctor en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Es miembro de la Asociación Mexicana de Psicología Social (AMEPSO) desde 2010 y de la Sociedad Mexicana de Capacitación desde 2014. Actualmente se dedica a la docencia a nivel licenciatura y maestría, a impartir cursos de capacitación en diversas empresas e instituciones, a la investigación y a la consulta terapéutica privada. Es coautora del libro La Nueva Familia, editado por Pax.

Contacto: shuyindt@yahoo.com

Dr. Roberto Carlos González Fócil

Doctor en Psicología por la Universidad de las Américas A. C. de la Ciudad de México. Licenciado en Psicología por la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Maestro en Psicología Clínica con especialización en Terapia Familiar y de Pareja (MFT) y Especialización en Psicología LGBT por Antioch University en Los Ángeles, California. Sus principales temas de investigación son la multiculturalidad, grupos vulnerables, discriminación, racismo y homofobia.

Contacto: robertogf@psicologialgbt.com

Mtra. Andrea Juárez Platas

Es licenciada en Psicología por la Universidad de las Américas y Maestra en Psicología Clínica por la misma Institución. Formó

parte de la plantilla de psicoterapeutas en la Clínica de Salud Mental del Ejército de Salvación de 2013 a 2015, atendiendo a adultos, adolescentes y niños. Desarrolla la práctica psicoterapéutica en su consultorio privado desde 2015, enfocándose en la terapia sistémica posmoderna familiar, de pareja e individual. Es colaboradora del Grupo Bolsa Mexicana de Valores desde 2009 en el área de Factor Humano, participando en proyectos de Reclutamiento y Selección, Desarrollo de Personal, Capacitación, Clima Organizacional, Evaluación del Desempeño y Comunicación Interna.

Contacto: andrea_yjp@yahoo.com.mx

Dr. Herman Frank Littlewood Zimmerman

Psicólogo egresado de la licenciatura de la Universidad Anáhuac, maestría en Psicología Industrial Organizacional de The University of Akron, Doctorado en Psicología de la Universidad de las Américas, Doctorado en Administración por el IPN y por UNAM. Desde el año 2000 realiza investigaciones cuantitativas y es árbitro de publicaciones de la Facultad de Administración de la UNAM, arbitro de la Revista de Investigación Administrativa del IPN y de la Revista Interamericana de Psicología Ocupacional de Colombia. Es académico y consultor; obtuvo el Premio Nacional 2003 de Psicología del Trabajo, Premio del Comportamiento Organizacional de la Academia de Ciencias de la Administración en 2007, 2012 y 2014, y reconocimiento 2013 a la trayectoria en la psicología del trabajo por la SPAP.

Contacto: hermanlittlewood@yahoo.com.mx

Mtra. Tamara Niebla Delgado

Licenciada en Psicología en la Universidad Iberoamericana, obtuvo su grado de

maestría en Psicología Clínica con Mención Honorífica por parte de la Universidad de las Américas, A. C. en la Ciudad de México. Actualmente forma parte de la mesa directiva del Colegio Guardería y Kinder Baby Steps, además de ejercer como terapeuta clínico de niños, adolescentes y adultos.

Contacto: tamara.niebla@yahoo.com.mx.

Dra. Ivonne Paquentin Falcón

Doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Durante dieciocho años se ha dedicado a la docencia a nivel licenciatura y posgrado. Actualmente es catedrática en el Colegio de Consultores en Imagen Pública, la Universidad de las Américas, Universidad del Valle de Atemajac y la Universidad de Mayab. Como psicoterapeuta, ha colaborado en instituciones como Valsida, OIRA, SEPRED y la Escuela Nacional de Danza Nellie y Gloria Campobello. Es fundadora y socia del Instituto de Psicoterapia Alinde, S. C., donde ha editado y participado en compilaciones sobre El Equipo Reflexivo y la Supervisión Clínica. En la práctica profesional se ha especializado en el trabajo con adolescentes y personas con VIH/SIDA.

Contacto: ipaquentin@yahoo.com.

Dra. María Luisa Plasencia Vilchis

Estudió psicología en la UAM-Xochimilco, en el IFAC la Maestría en Terapia Familiar y el Doctorado en la Universidad de las Américas, A. C. en la Ciudad de México. Se ha especializado en las terapias sistémicas, narrativas y centradas en soluciones, en los últimos tiempos ha incorporado los hallazgos de la Psicología Positiva a su trabajo como docente, investigadora y psicoterapeuta.

Contacto: mlplasencia@yahoo.com.mx

Mtra. Lucero Aytzeé Peña Leyva

Maestra en Psicología Clínica con enfoque sistémico postmoderno por la Universidad de las Américas A.C. Licenciatura en Psicología con Mención Honorífica por la Universidad YMCA, en 2013. Actualmente es fundadora de la organización ESCÚCHA-ME, espacio que se dedica a la psicoterapia, capacitación y asesoría. Asimismo, es docente a nivel licenciatura en la Universidad YMCA.

Contacto: Psic.luceropena@gmail.com

Mtro. Gibran Omar Rodríguez de los Reyes

Maestro en Psicología Clínica por la Universidad de las Américas, A. C. Educador sexual acreditado por la Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A. C. Especialista en Políticas de Salud LGBT por la George Washington University. Sus intereses de investigación abarcan la diversidad sexual, la discriminación y la resiliencia.

Contacto: rodriguez.go89@gmail.com

Dra. Carolina Ruiz Flores

Diplomada en asesoría y orientación familiar de la Universidad La Salle del Pedregal, egresada de la licenciatura en psicología y maestría en educación especial de la Universidad Intercontinental, doctora en educación de la Universidad La Salle (México). Docente en a nivel medio superior, superior y posgrado desde 1992. Ha impartido diversos cursos, seminarios y diplomados para la formación docente. Ha presentado ponencias en congresos nacionales e internacionales. Ejerce práctica privada para apoyo psicopedagógico, de orientación vocacional y familiar desde 1983.

Contacto: ruizkarolina@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

Como académicos e investigadores tenemos la responsabilidad de impulsar y divulgar el trabajo derivado de las investigaciones y al hacer públicos los resultados de los trabajos de investigación contribuimos a lo que Espinosa¹ llama democratización del conocimiento. La difusión permite así que los resultados de las investigaciones puedan ser objeto de una crítica razonada, discutidos y en el mejor de los casos integrados al trabajo de otros investigadores o profesionales de la psicología. Por esta razón nos dimos a la tarea de compilar los 19 trabajos que aparecen en este libro. Se incluyen tanto adaptaciones de escalas propuestas por investigadores de otros países que aparecen en revistas científicas, como escalas originales.

Dentro de la gran variedad de trabajos de investigación que surgen desde la Psicología, los centrados en la construcción o adaptación de tests ocupan un lugar destacado, pero a pesar de los avances de la psicometría a nivel mundial muchos de los instrumentos con los que contamos en nuestro país, se toman tal y como son publicados, sin haber sido validados para la población específica a la que serán aplicados. Hacer este trabajo, no sólo nos permite contar con medidas típicas y representativas de nuestra cultura, también nos proporciona una definición y descripción de las propiedades de los rasgos medidos, nos da elementos de explicación para construir teorías que nos ayudan a comprender el fenómeno psicológico. Se tiene la idea de que en México existen pocos esfuerzos por la construcción de me-

diciones, válidas y confiables, lo que no es cierto del todo, hay una gran cantidad de tesis de maestría y doctorado que se han abocado a esta tarea, bástenos citar la recopilación de escalas de medición que Calleja² realizó considerando las tesis de la Facultad de Psicología de la UNAM en un período que va de 1984 a 2005. El problema de que sintamos este vacío, se debe a que muchos de estos trabajos se quedan en los estantes de las universidades, no son publicadas en revistas de amplia circulación académica y no aparecen en las bases de datos.

Las escalas que presentamos en esta compilación, brindan indicadores de diversos procesos y conductas, de rasgos de personalidad, de actitudes y patrones psicosociales comunes en las personas. Estas mediciones pueden ayudar a los psicólogos a elaborar diagnósticos más precisos que pueden tomarse como base para tratamientos más certeros. Asimismo representan herramientas de apoyo para el desarrollo de investigaciones, o bien para la determinación de perfiles o tendencias poblacionales.

Es menester aclarar que las escalas que presentamos constituyen una primera aproximación al fenómeno medido, aunque demuestran una adecuada validez y confiabilidad, el proceso de validación requiere de la aplicación repetida a distintas muestras, por lo que se invita al lector o lectora a utilizarlas con la finalidad de reforzar la evidencia empírica de su pertinencia, siempre y cuando se otorguen los créditos a sus autores.

Para el público especializado, que se dedica a la Psicometría, puede parecer insuficiente la presentación del análisis

factorial exploratorio (AFE) para la validez de constructo. Sin embargo, esto es necesario como un primer paso para la validación, en fenómenos nuevos o poco explorados, como es el caso de esta compilación. Los autores proponen un análisis puramente exploratorio para que los datos por sí mismos, indiquen una estructura original coherente y que pueda trabajarse en estudios posteriores, para abrir la posibilidad de estrategias matemáticas más sofisticadas como el análisis factorial confirmatorio (AFC).

Con todo, consideramos que las propiedades psicométricas que mostraron las escalas incluidas en esta publicación, poseen valores estadísticos que nos llevan a tener confianza en su calidad como medida. Es decir, las estructuras factoriales encontradas son sencillas, claras e interpretables, la saturación de los reactivos en cada factor se encuentra por encima del .50 y las adecuaciones muestrales (KMO) en todos los casos son mayores al .70. Asimismo los niveles de confiabilidad en su mayoría superan el .60, incluso podemos afirmar que la consistencia en muchas escalas es muy alta.

Con la publicación de este libro buscamos promover el desarrollo de investigaciones pero también divulgar y difundir el fruto de las mismas contribuyendo a la socialización y a la construcción colectiva del conocimiento. Ponemos a consideración de los profesionales de la psicología la posibilidad de evaluar, replicar procesos y métodos y confirmar la validez de los instrumentos que se proponen en este volumen, para que a partir de la lectura crítica, sigamos construyendo conocimiento apegado a nuestra cultura.

Blanca Elba García y García
María M. Lozano Álvarez
Ismael Fernando Díaz Oropeza

Agosto de 2016

¹Espinosa, V. (2010). Difusión y divulgación de la investigación científica. *Idesia*, 38(3), 5-6.

²Calleja, N. (2011). Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005. Facultad de Psicología, UNAM, México.

MEDICIÓN DE ACTITUDES

Una actitud, en términos generales, puede definirse como una predisposición a responder positiva o negativamente a ciertos objetos, personas o situaciones. La mayoría de los investigadores coinciden en que las actitudes tienen 3 componentes: el cognitivo, que son ideas articuladas y conscientes sobre el objeto o la situación, el emocional que son las sensaciones respecto al objeto y el conductual que consiste en las acciones emprendidas o con probabilidad de emprenderse en relación al objeto o la situación.

Existen varias explicaciones sobre cómo se forman las actitudes, aunque en general hay bastante consenso en cuanto a que son aprendidas y no innatas y se van formando de acuerdo con nuestras experiencias directas en la vida diaria. Las actitudes tienen un impacto importante en el comportamiento, en la propia capacidad para gestionar y adaptarse a los cambios y al mismo tiempo influyen en el comportamiento de los demás.

El estudio de las actitudes tiene una función predictiva ayudando a los investigadores a estimar lo que sucederá bajo ciertas condiciones facilitando así la comprensión que permite explicar fenómenos tan complejos como la homofobia o el racismo. Se han dedicado numerosas investigaciones al estudio de cómo las personas adquieren y/o se aferran a las actitudes, este conocimiento permite generar estrategias e intervenciones que ayuden a la persona a hacer los cambios necesarios para tener una mejor vida.

En las escalas que se muestran a continuación, siendo instrumentos estadísticamente validados en población mexicana, se miden las actitudes acerca de problemáticas tan actuales como son:

Las Escalas de Estigma por VIH que valoran las creencias vinculadas con el VIH/ SIDA que producen en las personas infectadas o quienes sospechan estarlo, expectativas de ser discriminados internalizando un estigma que impactará de manera negativa sus conductas y su salud. Los resultados de esta evaluación pueden ser indicadores del grado de adaptación al diagnóstico que incidirá directamente en la adherencia al tratamiento.

La Escala de Actitud Hacia la Ingesta (EAHI) que mide las actitudes hacia la ingesta valora los factores psicológicos como el mal manejo de las emociones, la frustración o la autoindulgencia involucrados en una alimentación desordenada que puede llevar al exceso de peso corporal y al deterioro de la calidad de vida de la persona.

La Escala de Actitudes hacia Personas Indígenas que mide actitudes prejuiciosas y de intransigencia que pueden llevar al rechazo y a la discriminación hacia personas que sean o posean rasgos indígenas. Detectar la presencia de estas actitudes permitiría implementar acciones para mejorar el trato que se les brinda a las personas con características étnicas diferentes.

ADAPTACIÓN DE LAS ESCALAS DE ESTIGMA POR VIH: UNA APROXIMACIÓN DE TRES DIMENSIONES

GIBRAN OMAR RODRÍGUEZ DE LOS REYES

Propósito de las medidas

Compuesta por tres escalas de estigma por VIH, que fueron propuestas originalmente por Earnshaw, Smith, Chaudoir, Amico y Copenhaver (2013), tienen la finalidad de evaluar la experiencia de estigma social en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). El estigma se evalúa en tres dimensiones o mecanismos de manera independiente: (1) ideas y creencias negativas sobre sí mismos(as) como resultado de portar el VIH (mecanismo de estigma internalizado), (2) expectativas de ser objeto de prejuicios y discriminación por portar VIH (mecanismo de estigma anticipado) y (3) las creencias de haber sido discriminados en el pasado debido al diagnóstico positivo de VIH (mecanismo de estigma actuado).

Cada uno de estos mecanismos del estigma ha sido correlacionado con efectos negativos en la salud física y mental de las personas que viven con VIH y entenderlo permite detectar diferentes formas de estigmatización en el ámbito familiar, laboral y hospitalario. La escala de estigma internalizado señala qué tanto el diagnóstico positivo de VIH ha alterado la autoimagen del individuo en cuestión, por lo que puede ser útil al momento de intervenir desde el ámbito terapéutico; los resultados de esta escala podrían ser un indicador del grado de adaptación al diagnóstico. Por su parte, la medición del estigma anticipado puede señalar las expectativas que una persona tiene sobre ser objeto de discriminación, lo cual es importante para el ma-

nejo terapéutico en torno a la revelación del diagnóstico a terceros. La evaluación del estigma actuado puede proveer información sobre el grado de estigmatización que existe en cierto contexto social y así contribuir a la definición de objetivos de intervención a nivel comunitario, sean estos educativos o legislativos.

Fundamentos y constructos que miden

En las últimas dos décadas se han publicado múltiples propuestas teóricas e instrumentos de medición dirigidas al constructo de estigma por VIH. El interés por el estigma que sufren las personas que viven con VIH surgió cuando múltiples estudios concluyeron que la discriminación de estos individuos se correlaciona con efectos nocivos en su salud. Así, una multitud de autores propusieron diversos conceptos para definir la experiencia de estigmatización de las personas que viven con VIH. A primera vista, al comparar las propuestas teóricas de diferentes autores se pueden identificar conceptos similares o paralelos, que no iguales, como el estigma auto-impuesto, percibido y experimentado (Zelaya et al., 2012) o el estigma interno y secundario (Nebhinani, Mattoo, & Wanchu, 2012).

Esta multiplicidad de aproximaciones conceptuales a la medición y estudio del estigma por VIH se tornó problemática pues impedía que los resultados de diversos estudios científicos fueran comparados con fines meta-analíticos. Ante esta situación, Earnshaw y Chaudoir (2009) realizaron

una exhaustiva revisión de literatura con fines integrativos, contribuyendo a la formulación de su propuesta: el Marco Teórico del Estigma por VIH.

Siendo un modelo basado en las aportaciones de Goffman (1963), Parker y Aggleton (2003), y Link y Phelan (2001), quienes enfatizaron el rol del contexto social en la conformación del estigma, el Marco Teórico del Estigma por VIH conceptualiza al estigma por VIH como el producto de interacciones sociales que mantienen la desigualdad social entre las personas que son estigmatizadas y las que no lo son (Earnshaw & Chaudoir, 2009). Esto quiere decir que el estigma no puede ser comprendido en su totalidad si no se integran las experiencias de las personas que son socialmente devaluadas y de las personas que las devalúan. En la génesis del estigma por VIH, la interacción entre las personas infectadas y no infectadas resulta en mecanismos sociales específicos por las cuales el estigma se hace presente, como se observa en la Figura 1.

De esta manera, de acuerdo con la propuesta de Earnshaw y Chaudoir (2009), el VIH representa una marca socialmente devaluada, una identidad social contaminada, la cual está sujeta a estereotipos, prejuicios y discriminación por parte de las personas no infectadas. Las personas infectadas, al interactuar con el resto de la sociedad no infectada, experimenta el estigma por VIH a través de tres mecanismos específicos: estigma actuado, estigma anticipado y estigma internalizado.

Los mecanismos del estigma por VIH en personas infectadas fueron definidos como se muestra a continuación (Earnshaw & Chaudoir, 2009):

El estigma actuado se refiere a las creencias de las personas que viven con VIH sobre haber experimentado discriminación y prejuicios en el pasado por parte de su comunidad.

El estigma anticipado se refiere a las expectativas futuras que tienen las personas que viven con VIH en relación a ser sujetas a prejuicios y discriminación por parte de las comunidades.

El estigma internalizado se refiere al grado en el que la persona que vive con VIH ha interiorizado las creencias y sentimientos negativos sobre el VIH/SIDA que existen en la sociedad.

Earnshaw y Chaudoir (2009) encontraron que la gran mayoría de los instrumentos reportados en la literatura para medir el estigma por VIH evaluaban al menos uno de los tres mecanismos en personas infectadas (i.e., actuado, anticipado o internalizado) o en personas no infectadas (i.e., prejuicios, estereotipos o discriminación). Posteriormente, Earnshaw et al. (2013) evaluaron empíricamente los mecanismos de estigma por VIH que impactan en las personas infectadas. Para ello construyeron una serie de instrumentos de medición que constan de una medida de estigma internalizado de 6 ítems (ideas y sentimientos auto-devaluatorios como resultado de portar VIH), una medida de estigma anticipado de 9 ítems (expectativas de ser discriminado por la familia, trabajadores sociales y personal médico) y una medida de estigma actuado de 9 ítems (experiencias de discriminación por parte de su familia, de trabajadores sociales y del personal médico).

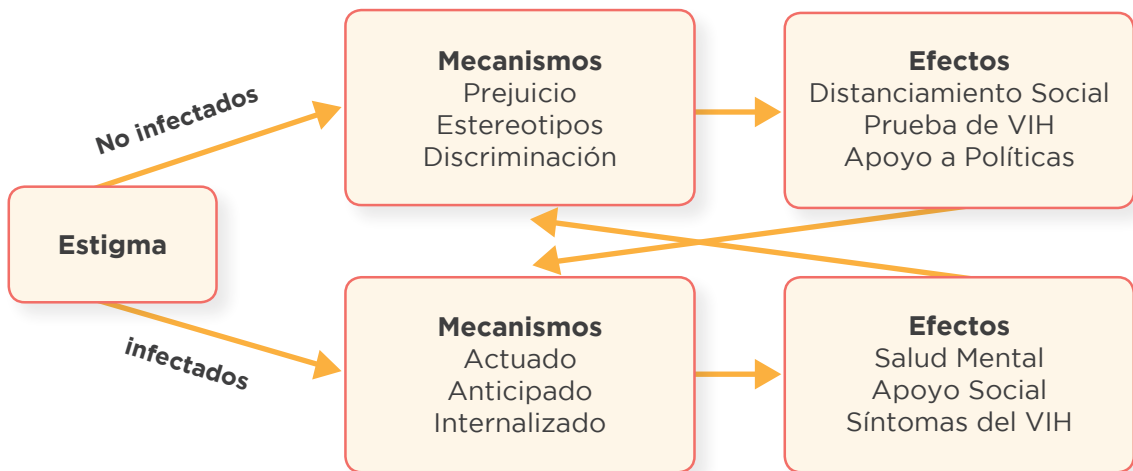


Figura 1. Marco teórico del estigma por VIH. Esta figura describe diferentes mecanismos para personas infectadas y no infectadas por los cuales el estigma impacta de manera negativa en las conductas o el estado de salud de ambos grupos. Adaptado y traducido de “From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures” por V. A. Earnshaw y S. R. Chaudoir, 2009, *AIDS & Behavior*, 14, p. 1162. Copyright 2009 por Springer.

Earnshaw et al. (2013) encontraron que cada instrumento tenía una alta confiabilidad ($\alpha=.87-.89$ en las tres escalas). Asimismo, se percataron de que los puntajes en cada instrumento correlacionaban de manera específica con diferentes efectos en la salud de las personas que viven con VIH, sugiriendo que cada mecanismo de estigma podría tratarse como una dimensión particular que debería ser abordada individualmente. Los ítems de estos instrumentos fueron extraídos de escalas previamente publicadas, siguiendo los criterios del modelo propuesto por Earnshaw y

Chaudoir (2009); es importante decir que no se realizaron análisis estadísticos para evaluar la validez de los mismos.

Validez y confiabilidad

Se tradujeron y adaptaron las tres escalas tipo Likert (escalas de 5 puntos) que miden los mecanismos de estigma por VIH en personas infectadas, según los lineamientos del modelo de Earnshaw y Chaudoir (2009). El estigma internalizado se mide a través de 6 ítems, mientras que el estigma anticipado y el estigma actuado son

evaluados con 21 ítems cada uno. Todos los reactivos fueron traducidos al español por traductores bilingües y retro-traducidos para asegurar equivalencia con la propuesta original. En la adaptación de los instrumentos, se agregaron 12 ítems a las escalas de estigma anticipado y actuado, los cuales se señalan en las Tablas 2 y 3. A continuación se presentan los resultados de los análisis de confiabilidad y validez para cada una de las escalas, según los datos obtenidos de su aplicación a una muestra de 271 hombres cisgénero que vivían con

VIH y residían en México al momento del estudio (Rodríguez de los Reyes, 2015). La edad mínima para participar fue de 18 años; todos los participantes habían recibido un diagnóstico positivo de VIH al menos un mes antes de la aplicación de los instrumentos.

Tabla 1 Matriz de Componentes para la Escala de Estigma Internalizado (EI)

Ítems	EI
Tener VIH me hace sentir que soy una mala persona.	.72
Siento que no soy tan bueno(a) como los demás...	.65
Me siento avergonzado(a) de tener VIH.	.84
Me siento menos porque tengo VIH.	.86
Tener VIH me hace sentir sucio(a).	.88
Tener VIH me es repugnante.	.82
% de Varianza Explicada	64.99
Valor Eigen	3.89
Alfa de Cronbach	.89
Media	1.44
Desviación estandar	5.18

Escala de estigma internalizado

Los seis ítems formaron un solo factor, denominado estigma internalizado (Rodríguez de los Reyes, 2015). El porcentaje de varianza explicada fue satisfactorio (64.5%). Se concluyó que todos los ítems reportaban las evaluaciones subjetivas que los individuos

hacen sobre sí mismos al reconocerse como VIH-positivos (i.e. nivel de auto-valía reducido, vergüenza, compararse con personas no infectadas). El nivel de confiabilidad de esta escala unidimensional fue alto (.89). Estos resultados se muestran en la Tabla 1.

Tabla 2 Matriz de Componentes Rotados para la Escala de Estigma Anticipado

Ítems	FA	AM	PA	TR	PS
Los miembros de mi...	.87	.11	.12	.20	.18
Los miembros de mi...	.88	.19	.19	.17	.16
Los miembros de mi diferente...	.79	.20	.23	.24	.20
Mis amigos(as) me evitarán.*	.22	.71	.26	.28	.22
Mis amigos(as) hablarán mal...*	.12	.81	.15	.23	.18
Mis amigos(as) me tratarán de...*	.23	.76	.20	.29	.26
Mi pareja evitará tener...*	.14	.16	.83	.21	.24
Mi pareja limitará el contacto...*	.15	.20	.87	.16	.21
Mi pareja me mirará...*	.29	.18	.77	.19	.27
Mis compañeros(as) de trabajo...*	.13	.39	.05	.78	.09
Mis compañeros(as) de trabajo...*	.17	.38	.05	.79	.13
Mis compañeros(as) de trabajo...*	.19	.37	.09	.79	.17
Mis jefes(as) o empleadores...*	.18	.05	.19	.84	.26
Mis jefes(as) o empleadores...*	.15	.04	.21	.79	.24
Mis jefes(as) o empleadores no...*	.10	.06	.25	.73	.31
Los trabajadores sociales/de mi...	.10	.12	.16	.29	.73
Los trabajadores sociales/de mi...	.14	.16	.08	.27	.74
Los trabajadores sociales/de mi...	.17	.07	.13	.16	.82
Los profesionales de salud...	.08	.08	.17	.14	.87
Los profesionales de salud...	.11	.16	.17	.11	.80
Los profesionales de salud me...	.13	.20	.18	.13	.81
Varianza (%)	12.86	12.09	12.45	21.35	21.82
Valor Eigen	2.70	2.54	2.62	4.48	4.58
Alfa de Cronbach	.92	.89	.92	.94	.93
Media	5.28	6.33	5.46	15.52	11.32
Desviación estándar	3.10	3.17	3.15	11.32	5.34

Nota: FA, estigma anticipado en la familia; AM, estigma anticipado con amigos; PA, estigma anticipado con la pareja romántica; TR, estigma anticipado con compañeros de trabajo y empleador; PS, estigma anticipado con personal de salud.

*Ítems que se agregaron en la adaptación.

Escala de estigma anticipado

Los 21 ítems de esta escala conformaron cinco factores tras una rotación ortogonal siguiendo la regla de Káiser para la extracción de factores (Rodríguez, 2015). Esta solución fue satisfactoria pues el porcentaje total de varianza explicada fue alto (85.7%). Los factores se organizaron alrededor de los grupos sociales con los cuales interactúan las personas que viven con VIH: (FA) estigma anticipado en la familia, (AM) estigma anticipado con los amigos, (PA) estigma anticipado con la pareja romántica, (TR) estigma anticipado con los compañeros de trabajo y empleador, y (PS) estigma anticipado con el personal de salud. El nivel de confiabilidad de cada uno de estos factores fue alto (entre .89 y .94); el nivel de confiabilidad total de la escala también fue alto (> .89). Estos resultados se pueden apreciar en la Tabla 2.

Escala de estigma actuado

La rotación ortogonal dio como resultado la extracción de cinco factores con estructura simple (Rodríguez de los Reyes, 2015). Cada factor representa un grupo social que pudo haber presentado actitudes y conductas discriminatorias hacia las personas que viven con VIH: (FA) estigma actuado por la familia, (AM) estigma actuado por los amigos, (PA) estigma actuado por la pareja romántica, (TR) estigma actuado por los compañeros de trabajo y empleador, y (PS) estigma actuado por el personal de salud. El porcentaje de varianza total explicada fue satisfactorio (79.93%) y el nivel de confiabilidad de cada factor fue alto (entre .86 y .93). Asimismo, el nivel de confiabilidad de la escala en su totalidad fue también alto (.89). Los análisis de validez y confiabilidad de esta escala se muestran en la Tabla 3.

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

Los instrumentos se pueden administrar a individuos que viven con VIH sin distinción de sexo/género o edad (considerando que se apliquen a individuos mayores de edad), y en diferentes contextos (ej. hospitalario, terapéutico, etc.). No existen restricciones para su aplicación, aunque se recomienda utilizarla con personas que tengan al menos un mes de haber recibido un diagnóstico positivo de VIH. También se sugiere que junto con la aplicación de estas escalas se le pregunte al individuo sobre las personas a las que les ha compartido su diagnóstico de VIH, ya que esto puede influir en sus respuestas a los instrumentos (particularmente en las escalas de estigma actuado y anticipado). Por ejemplo, si el informante no ha compartido su diagnóstico con su familia y/o no planea hacerlo, sus respuestas a estas escalas se verán influenciadas (esto es “si no comparto mi diagnóstico o no se enteran, no me discriminarán jamás”); esto es diferente a la experiencia de un informante que, habiendo compartido su diagnóstico con su familia, reporta no haber experimentado discriminación por parte de sus familiares (aunque ambos informantes hayan seleccionado las mismas respuestas). Para la interpretación de los instrumentos, se suman los puntajes obtenidos y se promedian por escala, según el procedimiento utilizado por Earnshaw et al. (2013); entre mayor sea el puntaje se presume una mayor experiencia de estigmatización. Los instrumentos se pueden utilizar como medidas independientes, aunque se recomienda aplicarlas juntas con fines comparativos. También se recomienda tomar por separado los ítems que evalúan diferentes grupos sociales del estigma actuado y del anticipado, según el propósito de su aplicación (i.e., si es de interés evaluar el estigma actuado en la familia, se pueden tomar sólo los primeros tres ítems de la escala de estigma actuado).

Tabla 3 Matriz de Componentes Rotados para la Escala de Estigma Actuado

Ítems	FA	AM	PA	TR	PS
Los miembros de mi familia...	.88	.15	.15	.17	.19
Los miembros de mi familia...	.91	.15	.18	.15	.16
Los miembros de mi familia...	.85	.17	.15	.16	.10
Mis amigos(as) me han evitado. *	.37	.60	.30	.26	.27
Mis amigos(as) han hablado mal...*	.13	.84	.09	.21	.18
Mis amigos(as) me han tratado...*	.27	.75	.23	.23	.24
Mi pareja ha evitado tener relaciones...*	.19	.18	.81	.13	.11
Mi pareja ha limitado el contacto...*	.11	.16	.88	.09	.18
Mi pareja me ha mirado con menosprecio.*	.17	.05	.84	.18	.24
Mis compañeros(as) de trabajo han...*	.04	.52	.07	.63	.15
Mis compañeros(as) de trabajo ...*	.18	.33	.14	.78	.20
Mis compañeros(as) de trabajo han ...*	.13	.28	.13	.82	.21
Mis jefes(as) o empleadores me ...*	.17	.11	.17	.80	.33
Mis jefes(as) o empleadores me ...*	.16	.03	.12	.76	.34
Mis jefes(as) o empleadores no han ...*	.128	.07	.08	.79	.31
Los trabajadores sociales/de mi...	.09	.15	.04	.44	.64
Los trabajadores sociales/de mi...	.15	.20	.07	.37	.74
Los trabajadores sociales/de mi...	.15	.20	.08	.33	.80
Los profesionales de salud...	.06	.20	.13	.20	.81
Los profesionales de salud han...	.12	.05	.23	.15	.79
Los profesionales de salud me han...	.17	.10	.27	.20	.82
Varianza (%)	13.7	11.6	12.6	21.0	2.84
Valor Eigen	2.8	2.4	2.6	4.4	4.3
Alfa de Cronbach	.93	.86	.88	.93	.93
Media	3.5	4.2	3.9	8.7	8.1
Desviación estándar	1.6	2.1	2.1	4.5	4.0

Nota: FA, estigma actuado por la familia; AM, estigma actuado por los amigos; PA, estigma actuado por la pareja romántica; TR, estigma actuado por los compañeros de trabajo y empleador; PS, estigma actuado por el personal de salud. * Ítems que se agregaron en la adaptación.

Escala de estigma internalizado. Esta prueba estima la percepción prejuiciosa del propio participante sobre lo que implica vivir con VIH y evalúa el grado en que el informante ha interiorizado las creencias y sentimientos negativos sobre

el VIH/SIDA que existen en la sociedad. Los seis ítems de la escala representan enunciados ante los cuales las personas expresan su grado de acuerdo o desacuerdo, partiendo de la pregunta “¿Cómo se siente acerca de ser VIH positivo (sero-

positivo)?”. Para calificarla se suman los puntajes que los sujetos asignaron a cada reactivo y se hace un puntaje total, entre más alto más estigma internalizado.

Escala de estigma anticipado.

Cuenta con 21 ítems sobre las expectativas de las personas que viven con VIH acerca de la posibilidad de ser discriminados en el futuro por diferentes grupos sociales: familia, amigos, pareja, compañeros de trabajo, empleadores y personal de salud. En esta escala, los informantes expresan qué tan probable es que sean discriminados en el futuro según se expresa en cada ítem o enunciado, partiendo de la pregunta “¿Debido a su estatus de VIH, qué tan probable considera usted que las personas le tratarán de las siguientes maneras en el futuro?”. Para su calificación se pueden sumar los puntajes de todos los reactivos de la escala y tener un puntaje global, o bien, se puede obtener un puntaje por cada una de las dimensiones obtenidas en el análisis factorial, para tener una idea del espacio

social donde el individuo experimenta una mayor estigmatización.

Escala de estigma actuado.

Conformada por 21 ítems que evalúan las creencias de las personas sobre haber sido discriminadas en el pasado por diferentes grupos sociales (los mismos que son evaluados en el estigma anticipado). Cada ítem representa un enunciado sobre experiencias discriminatorias del pasado, al cual el individuo responderá qué tan frecuentemente ha vivido dichas experiencias, partiendo de la pregunta: “¿Debido a su estatus de VIH, qué tan frecuentemente le han tratado de las siguientes maneras en el pasado?”. De la misma forma que la escala anterior, para su calificación se pueden sumar los puntajes de todos los reactivos de la escala y tener un puntaje global, o bien, se puede obtener un puntaje por cada una de las dimensiones obtenidas en el análisis factorial, para tener una idea del espacio social donde la persona experimenta una mayor estigmatización.

Referencias

- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior, 13*(11), 1160-1177. doi: 1.1007/s10461-009-9593-3
- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Chaudoir, S. R., Amico, K. R., & Copenhaver, M. M. (2013). HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: A test of the HIV stigma framework. *AIDS and Behavior, 17*(5), 1785-1795. doi:1.1007/s10461-013-0437-9
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363-385. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/2678626?seq=1#page_scan_tab_contents
- Nebhinani, N., Mattoo, S. K., & Wanchu, A. (2012). HIV stigma and specified correlates in North India. *Indian Journal of Psychological Medicine, 34*(4), 324-331. doi: 1.4103/0253-7176.108203
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine, 57*(1), 13-24. doi: 1.1016/S0277-9536(02)00304-0
- Rodríguez de los Reyes, G. O. (2015). *Relationship quality and HIV stigma in gay and bisexual men*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de las Américas, A.C., México.
- Zelaya, C. E., Sivaram, S., Johnson, S. C., Srikrishnan, A. K., Suniti, S., & Celentano, D. D. (2012). Measurement of self, experienced, and perceived HIV/AIDS stigma using parallel scales in Chennai, India. *AIDS Care, 24*(7), 846-855. doi: 1.1080/09540121.2011.64767

ESCALAS DE ESTIGMA POR VIH

Sección 1

INSTRUCCIONES: En esta primera sección, en el cuadro de debajo aparecen enunciados que hacen referencia a algunas ideas o sentimientos que pueden presentar las personas que viven con VIH. Por favor, indique su grado de acuerdo para cada una de ellas en un rango que va del 1 al 5, considerando que el 1 representa su total desacuerdo y el 5 su total acuerdo;

circule la respuesta que usted considere adecuada. Sus respuestas son muy importantes por lo que le pedimos responda con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparta es CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar; si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

¿Cómo se siente acerca de ser VIH positivo (seropositivo)?	1	2	3	4	5
1. Tener VIH me hace sentir que soy una mala persona.					
2. Siento que no soy tan bueno(a) como los demás porque tengo VIH.					
3. Me siento avergonzado(a) de tener VIH.					
4. Me siento menos porque tengo VIH.					
5. Tener VIH me hace sentir sucio(a).					
6. Tener VIH me es repugnante.					

Sección 2

INSTRUCCIONES: En esta segunda sección, en el cuadro de debajo aparecen enunciados que hacen referencia a experiencias futuras que las personas con VIH pueden vivir al interactuar con otros individuos. Por favor, indique la probabilidad con la que usted espera que estas experiencias le sucedan en el futuro circulando la respuesta en el rango que va del 1 al 5, considerando que el 1 representa que no le sucederán (que es muy poco probable que ocurran) y el 5 que seguramente le pasarán (es decir, que es muy probable que ocurran). Si no ha compartido su diagnóstico con alguna(s) de las personas mencionadas, imagine qué

pasaría si compartiera su diagnóstico con ellas. Sus respuestas son muy importantes por lo que le pedimos responda con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparta es CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar; si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

<p>¿Debido a su estatus de VIH, qué tan probable considera usted que las personas le tratarán de las siguientes maneras en el FUTURO?</p>	1	2	3	4	5
1. Los miembros de mi familia me evitarán.					
2. Los miembros de mi familia me mirarán con menosprecio.					
3. Los miembros de mi familia me tratarán de manera diferente (ej. de forma negativa, condescendiente, etc.).					
4. Mis amigos(as) me evitarán.					
5. Mis amigos(as) hablarán mal de mí a mis espaldas.					
6. Mis amigos(as) me tratarán de manera diferente (ej. de forma negativa, condescendiente, etc.).					
7. Mi pareja evitará tener relaciones sexuales conmigo.					
8. Mi pareja limitará el contacto físico conmigo (ej. besos, caricias, etc.).					
9. Mi pareja me mirará con menosprecio.					
10. Mis compañeros(as) de trabajo hablarán mal de mí a mis espaldas.					
11. Mis compañeros(as) de trabajo me discriminarán.					
12. Mis compañeros(as) de trabajo evitarán acercarse a mí.					
13. Mis jefes(as) o empleadores me discriminarán.					
14. Mis jefes(as) o empleadores me despedirán.					
15. Mis jefes(as) o empleadores no tomarán mis necesidades en serio.					
16. Los trabajadores sociales/de mi comunidad (ej. de la clínica, del hospital, etc.) no tomarán mis necesidades en serio.					
17. Los trabajadores sociales/de mi comunidad me discriminarán.					
18. Los trabajadores sociales/de mi comunidad me negarán servicios.					
19. Los profesionales de salud (ej. médicos, enfermeras, etc.) no van a escuchar mis preocupaciones.					
20. Los profesionales de salud evitarán tocarme.					
21. Los profesionales de salud me tratarán con menos respeto.					

Sección 3

INSTRUCCIONES: En esta tercera sección, en el cuadro de debajo aparecen enunciados que hacen referencia a experiencias que algunas personas con VIH pueden haber vivido. Por favor, indique la frecuencia con la que usted las ha experimentado en el pasado circulando la respuesta en el rango que va del 1 al 5, considerando que el 1 representa que no pasaron (nunca las ha vivido) y el 5 que le han sucedido con mucha frecuencia. Si no ha abierto el diagnóstico con alguna(s) de las personas

mencionadas (o ellas no saben de su diagnóstico) y por tanto, no ha vivido estas experiencias, marque “Nunca.”

Sus respuestas son muy importantes por lo que le pedimos responda con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparta es CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar; si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

¿Debido a su estatus de VIH, qué tan frecuentemente le han tratado de las siguientes maneras en el PASADO?	1	2	3	4	5
1. Los miembros de mi familia me han evitado.					
2. Los miembros de mi familia me han mirado con menosprecio.					
3. Los miembros de mi familia me han tratado de manera diferente (ej. de forma negativa, condescendiente, etc.).					
4. Mis amigos(as) me han evitado.					
5. Mis amigos(as) han hablado mal de mí a mis espaldas.					
6. Mis amigos(as) me han tratado de manera diferente (ej. de forma negativa, condescendiente, etc.).					
7. Mi pareja ha evitado tener relaciones sexuales conmigo.					
8. Mi pareja ha limitado el contacto físico conmigo (ej. besos, caricias, etc.).					
9. Mi pareja me ha mirado con menosprecio.					
10. Mis compañeros(as) de trabajo han hablado mal de mí a mis espaldas.					
11. Mis compañeros(as) de trabajo me han discriminado.					
12. Mis compañeros(as) de trabajo han evitado acercarse a mí.					
13. Mis jefes(as) o empleadores me han discriminado.					
14. Mis jefes(as) o empleadores me han despedido.					
15. Mis jefes(as) o empleadores no han tomado mis necesidades en serio.					
16. Los trabajadores sociales/de mi comunidad (ej. de la clínica, del hospital, etc.) no han tomado mis necesidades en serio.					
17. Los trabajadores sociales/de mi comunidad me han discriminado.					
18. Los trabajadores sociales/de mi comunidad me han negado servicios.					
19. Los profesionales de salud (ej. médicos, enfermeras, etc.) no han escuchado mis preocupaciones.					
20. Los profesionales de salud han evitado tocarme.					
21. Los profesionales de salud me han tratado con menos respeto.					

ESCALA DE ACTITUD HACIA LA INGESTA (EAHI)

MARÍA DEL PILAR BALSA FADANELLI

Propósito de la medida

La escala de actitud hacia la ingesta valora diversos factores psicológicos que se involucran en una alimentación desordenada, lo que afecta generalmente la salud y muy probablemente conduce a exceso de peso corporal. Esto la hace útil en el campo médico y psicoterapéutico en sus diferentes especialidades, incluso puede ser parte del protocolo de valoración de clínicas de obesidad, diabetes, nutrición y de trastornos de ansiedad. Permite tener un perfil en el que se pueden identificar cuáles de los diferentes factores que mide son objetivo de trabajo en la psicoterapia.

Fundamento y constructos que mide

La Actitud hacia la Ingesta fue descrita como: “la tendencia a ingerir alimentos, inducida por determinadas situaciones emotivas o afectivas, que han sido aprendidas a través de experiencias propias o adquiridas en el círculo sociocultural significativo” (Balsa, 2014, p. 27). Las personas a lo largo de su vida adquieren un simbolismo emocional hacia la comida, a través del modelamiento, de hábitos y de creencias provenientes de la familia, de la sociedad y de la cultura en general. De esta forma, tienden a asociar una gran diversidad de estados emocionales a la ingesta de alimentos, que van más allá de la necesidad biológica de nutrirse o mitigar el hambre.

El aprendizaje integra varios factores que se originan de una serie de interacciones que quedan asociadas al acto de comer.

Por un lado, están las características propias de los alimentos con su respectiva respuesta de agrado o rechazo; por otro lado se encuentran las experiencias afectivas que se presentan en la convivencia con los otros a la hora de comer, que motivan atribuciones y creencias sobre la comida que pueden crear ciertas actitudes hacia la ingesta (Eertmans, Baeyens y Van den Bergh, 2001).

Existen diversos instrumentos orientados a la medición de la ingesta, pero sólo tocan los aspectos emocionales y las actitudes de manera tangencial. Entre ellos se pueden mencionar la escala de Ozier, Kendrick, Knol, Perko, y Burnhm (2007) basada en el modelo transaccional del estrés y afrontamiento, así como la medición de las creencias irracionales sobre la comida propuesta por Stotland y Zuroff (1990) que cuenta con una versión en español validada por Jáuregui y Bolaños (2010).

A diferencia de estos instrumentos y otros similares, el que se describe en este artículo, mide de manera directa estados emocionales asociados a las actitudes que caracterizan a las personas en su ingesta de alimentos. la escala mide seis dimensiones (Balsa, 2014):

EVASIÓN EMOCIONAL. Este factor comprende situaciones tales como, encontrarse con una sensación de no tener un objetivo que cumplir al momento, hasta buscar el alimento como una forma de no sentir o ignorar sensaciones o sentimientos negativos como la soledad o tristeza. El acto de comer es una forma de evadir el afrontamiento de emociones que son difíciles de manejar para el individuo.

PREMIACIÓN. Es perceptible aquí el simbolismo del alimento como una forma de auto-reconocimiento y gratificación. La comida se usa para reforzar positivamente un esfuerzo realizado durante el día o derivado de alguna actividad específica.

IMPULSIVIDAD. Se refieren a una conducta de ingesta que es producto del impulso. Dicha acción manifiesta la falta de control de la persona ante la presencia de alimentos, que prevalece sobre el análisis y capacidad de espera. Esto es evidente cuando al ir por la calle y recibir el estímulo se adquiere un alimento como respuesta al mismo, o si al momento de comer, se pierde el control sobre los productos que están restringidos, sea por concepto de salud o por indicación nutricional.

AUTOINDULGENCIA. El cuarto factor se refiere a una posición de disculpa hacia la propia conducta, por lo que existe permiso o condescendencia hacia el impulso de ingesta. La autoindulgencia implica una posición de pesimismo ante el esfuerzo que requiere un régimen alimentario. Puede tratarse de un aprendizaje personal o de la influencia de posturas de personas cercanas y significativas. En síntesis, la autoindulgencia se basa en la creencia de que no vale la pena el esfuerzo de restringir o controlar los alimentos.

BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN. Señala la poca tolerancia que tiene una persona, con relación a que un resultado o expectativa no se cumpla en un corto plazo o de manera inmediata, así como por la restricción del placer asociado a ciertos alimentos como los hidratos de carbono.

AUTOCOMPASIÓN. Esta dimensión refiere una posición de la persona frente a los alimentos como una forma de compensarse por el sufrimiento o esfuerzo vividos. Difiere de la premiación, en que en éste subyace un sentimiento compasivo hacia uno mismo y no el deseo de reconocimiento.

Validez y confiabilidad

Para obtener la validez y confiabilidad del instrumento se realizó la aplicación del cuestionario a 579 personas, el 67.4% del sexo femenino y el 32.6% del masculino, con un rango de edad entre los 16 y 62 años y un nivel de estudios que va desde primaria hasta carrera universitaria.

Se utilizó el análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal para obtener la validez, la solución arrojó las seis dimensiones correspondientes al constructo medido como se aprecia en la Tabla 1, las cuales resultaron ser significativas e interpretables. El porcentaje de varianza total explicada fue de 57.47%, la medida de adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin fue muy alta ($KMO=.936$) y el test de esfericidad de Barlett fue alto y significativa ($\chi^2=6213.460$, $gl=378$, $p=.000$). Las cargas factoriales de los reactivos están por arriba de .50, lo que indica una buena saturación dentro de la dimensión en la que están ubicados. Así mismo, la consistencia interna de cada factor es muy alta, los índices de confiabilidad que presentaron fluctuaron entre .91 y .60.

TABLA 1

Matriz de componentes rotados para los reactivos de actitud hacia la ingesta

Reactivos	EE	P	I	AI	BTF	AC
22. Si no encuentro qué hacer...	.76	.22	.16	.14	.06	-.07
21. Cuando me siento solo o triste...	.73	.17	.09	.10	.15	.35
17. Si estoy aburrido(a) busco algo...	.71	.25	.28	.00	.09	-.06
27. El fastidio me hace buscar algo...	.71	.15	.15	.18	.16	.04
25. Estar solo(a) me hace comer más.	.69	.13	.19	.26	.05	.03
20. Como si tengo un mal momento.	.69	.01	.11	.25	.16	.16
8. Comer me quita el aburrimiento.	.60	.18	.23	-.02	.27	.22
3. La comida suele acompañar mis...	.58	.11	.28	.02	.10	.33
16. Comer me hace olvidar mis...	.55	.03	.11	.02	.46	.32
24. Cuando termino mi día, merezco...	.12	.64	.20	.05	.16	.27
23. Si hago ejercicio, puedo comer todo...	.26	.63	-.14	-.00	.23	-.06
19. La comida es uno de mis mayores...	.28	.58	.20	.05	-.03	.08
30. Para consentirme planeo cosas ricas...	.23	.51	.10	.19	-.02	.36
6. La comida existe para disfrutarla en...	-.08	.47	.34	-.12	.14	.25
28. Los antojos de algunos alimentos ...	.32	.45	.41	.18	-.13	.07
15. Si voy por la calle, compro algún...	.18	.02	.67	.13	.02	.19
12. Como algo mientras veo T.V...	.30	.02	.67	.13	.02	.19
13. Al estar frente a la comida, olvido...	.24	.16	.52	.19	.16	-.02
14. Sufro si no puedo comer algo que...	.23	.22	.48	.07	.32	.06
31. Aunque limite lo que como, no...	.05	-.06	.29	.78	-.00	.05
18. Bajar de peso es un verdadero pesar.	.22	.03	.13	.76	.14	.00
32. Una vez que no sigues la dieta...	.19	.21	-.08	.56	.32	.12
11. Una dieta tiene que funcionar la...	.09	-.00	.10	.09	.74	.00
10. Si no como pan o pasta, es como...	.22	.12	.16	.11	.58	.10
26. Si no hay respuesta rápida en bajar...	.17	.14	-.00	.49	.54	-.03
1. Algo sabroso compensa un día...	-.05	.33	.09	.00	-.07	.66
2. Me animo tomando o comiendo algo...	.43	.02	.07	.12	.12	.65
7. Las penas con pan son menos.	.33	.18	.17	.02	.32	.51
% Varianza explicada	18.53	8.63	8.24	7.66	7.57	6.82
Valor eigen	5.18	2.41	2.30	2.14	2.12	1.91
Alfa de Cronbach	.91	.73	.67	.67	.60	.60
Media	14.06	13.39	7.98	5.35	4.59	6.55
Desviación estándar	5.76	4.17	2.88	2.28	1.92	2.32

Nota: EE=evasión emocional; P=premiación; I=impusividad; AI=autoindulgencia; BTF=baja tolerancia a la frustración; AC=autocompasión

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

El instrumento consta de 28 reactivos tipo Likert distribuidos en los seis factores que definen la actitud hacia la ingesta. La distribución de los reactivos en cada escala es la siguiente: evasión emocional contiene 9 reactivos (8, 3, 16, 17, 22, 21, 27, 25, 20); premiación incluye 6 reactivos (6, 19, 23, 24, 28, 30); impulsividad se mide a través de 4 reactivos (12, 13, 14, 15); con tres ítemes cada una se mide la autoindulgencia (18, 31, 32), la baja tolerancia a la frustración (18, 31, 32) y la autocompasión (1, 2, 7). El tamaño de la escala de respuesta es

de 4 puntos, entre mayor sea la calificación mayor es la presencia del aspecto que se mide. Para poder interpretar las medias de cada factor, se calcularon los puntos de corte, considerando los percentiles 5, 10, 25, 50, 75, 90 y 95 para ser interpretados como muy bajo, bajo, moderado-bajo, medio, moderado-alto, alto y muy alto respectivamente. Los rangos quedaron definidos como se muestran en la Tabla 2. Esta norma de puntajes permiten incluso realizar una gráfica, de tal manera que resulte más evidente para el aplicador y el paciente las emociones con mayor presencia, lo que permitirá enfocar el área problemática a reforzar en su tratamiento psicoterapéutico.

TABLA 2 Puntos de corte del cuestionario de actitud hacia la ingesta (EAHI)

Rango	EE	P	I	AI	BTF	AC
Muy Alto	27-35	21-24	13-16	10-12	9-12	11-12
Alto	24-26	19-20	12	9	7-8	10
Moderado alto	17-23	16-18	10-11	7-8	6	8-9
Medio	12-16	13-15	8-9	5-6	4-5	6-7
Moderado bajo	10-11	10-12	6-7	3-4	3	5
Bajo	9	8-9	4-5	-	-	3-4
Muy bajo	-	7	-	-	-	-

La obtención de estos rangos en los resultados se interpretan de la siguiente manera:

Muy bajo: el paciente o cliente tiene un manejo bastante adecuado en la dimensión que puntea dentro de este rango.

Bajo: el paciente o cliente no manifiesta una conducta emocional, dentro de esa dimensión, que se considere asociada a la ingesta de alimentos.

Moderadamente bajo: este nivel de calificación no resulta suficiente todavía, para considerar este factor, como un punto de trabajo en psicoterapia.

Medio: Los puntajes incluidos en este nivel, se observan de manera promedio en la mayoría de la población, por lo tanto, por sí solo no evidencia un manejo emocional en la forma de consumir alimentos de la persona evaluada. El criterio de inclusión

de esta dimensión en el tratamiento psicoterapéutico queda bajo criterio del clínico y depende del perfil total y sus combinaciones en las diferentes escalas.

Moderadamente alto: Estos parámetros ya muestran una incidencia mayor a lo esperado en la población general, señalando así un aspecto psicológico a trabajar con el paciente/cliente.

Alto: Un perfil que muestra un puntaje en este nivel, indica un mal manejo del concepto psicológico contemplado en la escala involucrada. Generalmente los pa-

cientes o clientes que se encuentran en estos rangos presentan ya un exceso de peso. Este puntaje es evidencia de un objetivo psicoterapéutico.

Muy alto: Las conductas alimentarias que obtienen estos rangos, indican un mal manejo de emociones de manera constante, ante las situaciones descritas en el instrumento. Son por lo tanto, un factor clave a trabajar psicoterapéuticamente, integrando incluso otras disciplinas de salud para lograr buenos cambios en el manejo de emociones y conducta alimentaria en el paciente/cliente.

Referencias

- Balsa, M. P (2014). *Actitud hacia la Ingesta, peso corporal y funcionamiento familiar*. Disertación doctoral no publicada. Universidad de las Américas, A.C.: México
- Eertmans, A. Baeyens, F. & Van den Bergh, O. (2001). Food likes and their relative importance in human being behavior: review and preliminary suggestion for health promotion. *Health Education Research*, 16,443-456.
- Jáuregui, I. & Bolaños, P. (2010). Spanish version of the irrational food beliefs scale. *Nutrición Hospitalaria*, 25(5), 852-859.
- Ozier, A. D., Kendrick, O. W., Knol, L. L., Perko, M. & Burnhm, J. J. (2007). Development and validation: The EADES (Eating and Appraisal Due to Emotions and Stress) Questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 107, 610-628.
- Stotland, S. & Zuroff, D. C. (1990). A new measure of weight locus of control: The dieting beliefs scale. *Journal of Personality Assessment*, 54, 191-203.

ESCALA DE ACTITUD HACIA LA INGESTA (EAHI)

INSTRUCCIONES: En el siguiente cuestionario hay afirmaciones acerca de tus costumbres al comer, por favor, indique su grado de acuerdo para cada uno de ellas en un rango que va del 4 al 1, considerando que el 4 representa su total acuerdo y el 1 su total desacuerdo. Sus respuestas son muy

importantes por lo que le pedimos responda con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparta es estrictamente CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar, si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

Afirmaciones	4	3	2	1
1. Algo sabroso compensa un día agotador.				
2. Me animo tomando o comiendo algo, si me siento triste.				
3. La comida suele acompañar mis momentos de ocio.				
4. Como sin límite si algo me gusta.				
5. Prefiero no pesarme y comer libremente.				
6. La comida existe para disfrutarla en cualquier momento.				
7. Las penas con pan, son menos.				
8. Comer me quita el aburrimiento.				
9. Una comida sin postre, no es completa				
10. Si no como pan o pastas, es como si no comiera.				
11. Una dieta tiene que funcionar en la primera semana.				
12. Como algo mientras veo T.V. o estoy en la computadora.				
13. Al estar frente a la comida, olvido lo que debo o no comer.				
14. Sufro si no puedo comer algo que me gusta.				
15. Si voy por la calle, compro algo de comer o beber.				
16. Comer me hace olvidar mis problemas.				
17. Si estoy aburrido(a), busco algo que comer.				
18. Bajar de peso es un verdadero pesar.				
19. La comida es uno de mis mayores placeres en la vida.				
20. Como, si tengo un mal momento.				
21. Cuando me siento solo o triste, la comida es una buena opción.				
22. Si no encuentro qué hacer, busco algo de comer.				
23. Si hago ejercicio puedo comer todo lo que quiera.				
24. Cuando termino mi día, merezco comer algo de lo que más me gusta.				
25. Estar solo(a) me hace comer más.				
26. Si no hay respuesta rápida en bajar de peso, la dieta no sirve.				
27. El fastidio me hace buscar algo de comer.				
28. Los antojos de algunos alimentos saltan a mi mente.				
29. Una buena comida debe ser abundante.				
30. Para consentirme planeo cosas ricas de comer.				
31. Aunque limite lo que como, no bajo de peso.				
32. Una vez que no sigues la dieta, mejor darse por vencido.				

ESCALA DE ACTITUDES HACIA PERSONAS INDÍGENAS

ROBERTO CARLOS GONZÁLEZ FÓCIL

Propósito de la medida

Esta escala fue diseñada para medir las actitudes hacia personas indígenas por parte de estudiantes y profesionales que trabajan en actividades relacionadas con el área de salud, proporcionando una valoración sobre los prejuicios, evitación del contacto, intolerancia e inequidad hacia personas indígenas. Los resultados de esta escala pueden ser utilizados para evaluar la presencia de estos rasgos con la finalidad de mejorar el trato y la calidad de los servicios que se brindan a este sector de la población.

Fundamento y constructos que mide

El racismo generalmente es entendido como las actitudes negativas, prejuicios y discriminación hacia personas de una determinada etnicidad o raza. El concepto en sí mismo es complejo debido a que su definición incluye componentes múltiples que se superponen entre ellos. En primer lugar, el concepto de raza es controversial, ya que muchos teóricos debaten la pertinencia de esta categoría en los seres humanos, considerando que solamente habría entre las personas una sola, la humana. Usualmente cuando se habla de raza, se están tomando en cuenta características físicas observables, como son el color de piel, la estructura ósea, etc. Si bien el uso de la categoría raza puede ser objetable por razones políticas y éticas en algunos contextos, algunos países y organizaciones la utilizan constantemente en sus recolecciones de datos para monito-

rear las características y disparidades sociales y de salud (Organización Mundial de la Salud, 2011; U.S. Bureau of the Census, 2010). Previamente han sido publicados diferentes instrumentos para medir actitudes hacia personas de determinado origen étnico, muchos de ellos originalmente bajo el constructo de racismo. Eventualmente los instrumentos fueron definiendo y midiendo el fenómeno desde las conceptualizaciones de prejuicio y discriminación.

Una categoría alterna y a la vez íntimamente relacionada es la etnicidad. En esta se incluyen características que tienen que ver con la pertenencia a un grupo humano desde una dimensión social-cultural. De ese modo, elementos como la nacionalidad, regionalidad, religión, idioma y costumbres, conforman una amalgama particular que caracteriza a las personas. La etnicidad es entonces una identidad, y como tal, es algo que las personas asumen. Al mismo tiempo, pueden existir características de esta amalgama de elementos que las personas no asumen individualmente, pero que aun así son identificadas por otras personas, fuera o dentro de su grupo étnico y que por lo tanto les hace estar sujetas a determinadas concepciones y tratos.

En el contexto de México las investigaciones sobre racismo son aun incipientes y tienen también sus propios retos. Una gran parte de la población es una mezcla entre personas nativas de la región y los colonizadores españoles, lo cual creó una población mestiza diversa en sus características

socio-culturales y físicas. Los censos oficiales de instancias gubernamentales no preguntan sobre raza en sus instrumentos, si bien algunos toman en cuenta la etnicidad al momento de incluir las opciones de respuesta como indígena o hablante de una lengua indígena (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2011). Lo anterior es relevante porque la población indígena en México es probablemente la más vulnerable desde una perspectiva étnica, pero al mismo tiempo sus características raciales o físicas son también más evidentes y presentes en el resto de población. Si bien mucha gente en México no se identificaría como indígena, muchos atributos físicos de la gran variedad de personas mestizas tienen por definición y simple observación, elementos indígenas, incluyendo facciones y color de piel.

Algunas investigaciones sugieren que la hegemonía étnica/racial en el país se ha establecido de manera silenciosa pero a la vez sólida, pues no es políticamente correcto hablar de raza en México, pero sí se viven y perpetúan de manera consciente o inconsciente las jerarquizaciones que otorgan privilegios e idealizaciones de las personas que son blancas o simplemente “menos indígenas” (Castellanos, 2000, 2001; Gall, 2004; Olivares, 2011; Sánchez-Guillermo, 2007).

Previamente han sido publicados diferentes instrumentos para medir actitudes hacia personas de determinado origen étnico muchos de ellos originalmente bajo el constructo de racismo. Eventualmente los instrumentos fueron definiendo y midiendo el fenómeno desde las conceptualizaciones de prejuicio y discriminación. Para desarrollar la presente medida se consideraron estas variables desde la perspectiva

de las actitudes, mismas que fueron eventualmente identificadas a través del análisis factorial. Son reactivos creados específicamente para medir las actitudes hacia personas indígenas dentro de un contexto situacional compatible con el área de salud y al mismo tiempo puede adaptarse para emplearse en otras poblaciones. Algunos reactivos fueron tomados y/o adaptados de la Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto de Pettigrew y Meerteens (1995) y sus posteriores adaptaciones al español por Laborín, Parra y Valdéz (2012) así como Cárdenas, Music, Contreras, Yeomans y Calderón (2007).

Básicamente el instrumento mide dos componentes:

Contacto y estereotipos. Con este factor se mide la actitud prejuiciosa hacia los indígenas basados en estereotipos tradicionales, así como un rechazo a tener algún tipo de relación con ellos (7 reactivos).

Intolerancia e inequidad. Este aspecto mide actitudes de intransigencia y discriminación hacia las personas indígenas (3 reactivos).

Validez y confiabilidad

González-Fócil (2016) para probar la validez aplicó la escala a 803 estudiantes universitarios de las carreras de medicina, enfermería y psicología, que en el momento del estudio estaban cursando el primero y último semestre de sus programas. El análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal mostró la agrupación de los reactivos en dos factores que explican el 52.14% de la varianza. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Mayer-Olkin fue de .88 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue

alta y significativa ($\chi^2= 2218.40$, $gl=45$ y $p=.000$), apoyando así la factibilidad del análisis factorial (Tabla 1).

Factor 1. Contacto y estereotipos.
Esta dimensión incluye 7 reactivos que describen actitudes relacionadas con la presencia de estereotipos con connotaciones negativas y evitación del contacto con personas indígenas, asimismo, evalúa la presencia de ideas estereotipadas hacia este sector de la población. Las cargas factoriales oscilaron entre .56 y .70 y el alfa de Cronbach fue de .82.

Factor 2. Intolerancia e inequidad
Esta dimensión con 3 reactivos describe actitudes que minimizan o niegan el trato de equidad hacia personas indígenas o bien los describen desde una postura de “no iguales” o de intolerancia. Las cargas factoriales oscilan entre .64 y .74 y el alfa de Cronbach para este factor fue de .56.

Reactivos	Contacto y estereotipos	Intolerancia e inequidad
1. Si pudiera elegir, preferiría clientes o pacientes ...	.70	.09
2. Las personas indígenas no se saben comportar.*	.59	.38
3. Me incomodaría que me vieran en público con ...	.74	.19
4. La verdad, prefiero no dar la mano a los indígenas.	.80	.12
5. Las personas indígenas le dan mal aspecto a la ...*	.74	.05
6. Los indígenas provienen de razas menos ...**	.60	.27
7. Los indígenas están como están porque son flojos.	.56	.24
8. Los indígenas son muy confianzudos.	.12	.74
9. Los indígenas no deberían frecuentar lugares ...**	.27	.64
10. Los indígenas exigen un trato especial que...	.08	.71
% Varianza explicada	40.49	11.65
Valor eigen	4.04	1.16
Alfa de Cronbach	.82	.56

*Reactivos de Laborín, Parra y Valdéz (2012).

** Reactivos de Pettigrew y Meertees (1995).

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

Consta de 10 reactivos redactados todos con direccionalidad negativa que describen situaciones hipotéticas y opiniones sobre personas indígenas. Las personas responden a través de una escala de 5 puntos tipo Likert dependiendo de su grado de acuerdo o desacuerdo con las frases contenidas en los ítems. Está diseñada para ser administrada a personas que estudian carreras universitarias del área de la salud y/o profesionales de la salud. Se les instruye para que en cada una de las

frases contesten del 1 al 5 dependiendo el grado de acuerdo con dicha frase, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo.

Para la calificación se suman los puntajes de cada reactivo, en ambas dimensiones, entre mayor sea la puntuación, más negativas son las actitudes hacia las personas indígenas. La puntuación del factor Contacto y Estereotipos fluctúa entre 7 y 35; la del factor Intolerancia e Inequidad fluctúa entre 3 y 15 puntos. Se puede considerar una puntuación general total que va de 10 a 50 como máximo.

Referencias

- Cárdenas, M., Music, A., Contreras, P., Yeomans, H. & Calderón, C. (2007). Las nuevas formas de prejuicio y sus instrumentos de medida. *Revista de Psicología*, XVI(1) 69-96. .
- Castellanos, A. (2000). Antropología y racismo en México. Desacatos. *Revista de Antropología Social*, 4, 53-79.
- Castellanos, A. (2001). *Notas para estudiar el racismo hacia los indios de México*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED] (2011). *Encuesta nacional sobre discriminación en México*. Recuperado de <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-DC-INACCS.pdf>
- Gall, O. (2004). Identidad, exclusión y racismo: reflexiones teóricas y sobre México. *Revista Mexicana de Sociología*, 66(2), 221-259.
- González-Fócil, R. (2016). *Actitudes de estudiantes de ciencias de la salud hacia personas indígenas y personas homosexuales*. Disertación doctoral no publicada. Universidad de las Américas A. C., México.
- Laborín Álvarez, J. F., Parra-Armenta, E. M. & Valdéz-Gardea, G. C. (2012). Discriminación y prejuicios de jóvenes sonorenses hacia el migrante indígena. *Estudios Sociales*, 2, 333-347.
- Olivares, O. (2011). Los refranes y su reproducción de la ideología racista en México. *Actas del IV Congreso de la SELICUP* (p. 38). Universitat de les Illes Balears.
- Organización Mundial de la Salud. (2011) *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado de www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=7002
- Pettigrew, T. F., & Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25(1), 57-75.
- Sánchez-Guillermo, E. (2007). *Nacionalismo y racismo en el México decimonónico. Nuevos enfoques, nuevos resultados*. (En línea). Debats. <http://nuevomundo.revues.org/3528> ;doi :10.4000/nuevomundo.35328

ESCALA DE ACTITUDES HACIA PERSONAS INDÍGENAS

INSTRUCCIONES: A continuación aparecen enunciados que hacen referencia a experiencias relacionadas con las personas indígenas. Por favor, indique su grado de acuerdo para cada uno de ellas en un rango que va del 1 al 5, considerando que el 1 representa su total desacuerdo y el 5 su total acuerdo. Sus respuestas son muy importantes por lo que le

pedimos responda con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparte es estrictamente CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar, si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

Enunciados	1	2	3	4	5
1. Si pudiera elegir, preferiría clientes o pacientes que no fueran indígenas					
2. Las personas indígenas no se saben comportar.					
3. Me incomodaría que me vieran en público con amigos indígenas.					
4. La verdad, prefiero no dar la mano a los indígenas.					
5. Las personas indígenas le dan mal aspecto a la ciudad.					
6. Los indígenas provienen de razas menos capaces y eso explica porque les va peor que a otras culturas.					
7. Los indígenas están como están porque son flojos.					
8. Los indígenas son muy confianzudos.					
9. Los indígenas no deberían frecuentar lugares donde ya saben que no son bienvenidos					
10. Los indígenas exigen un trato especial que no merecen.					

RASGOS DE PERSONALIDAD

Los rasgos son constructos que nos permiten reconocer diferencias individuales e incluso anticipar comportamientos ante situaciones específicas. Si bien es cierto que los rasgos de personalidad no son observables, también lo es que pueden ser inferidos y que influyen en el comportamiento, en las cogniciones y en las emociones. Al ser formas específicas de comportamiento permiten describir ciertas características de la persona e incluso llegar a hacer predicciones acerca de la probabilidad de que se comporte o no de cierta manera. Los hay manifiestos o latentes, hay rasgos comunes a todos los seres humanos y otros distintivos que van a tener un peso determinante en la personalidad y que van a guiar las respuestas de la persona frente a las distintas situaciones que se les puedan presentar.

En la compleja tarea de medir la personalidad los psicólogos se ayudan de instrumentos básicos como la entrevista personal, la observación directa del comportamiento y pruebas psicométricas que les permiten identificar ciertos rasgos de personalidad de sus pacientes.

En las páginas siguientes se presentan escalas validadas en población mexicana que evalúan rasgos de personalidad tan variados como en :

La Escala de Ansiedad de Separación Materna que mide la ansiedad que presentan las madres profesionistas al momento de tener que dejar a sus hijos al cuidado de otros y que si bien puede considerarse hasta esperada, no deja de provocar inquietud

y sufrimiento en las mujeres. Conocer el grado de ansiedad experimentado ayuda a los psicólogos a implementar tratamientos específicos que ayuden a las madres profesionistas.

El Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado (IOC-R) detecta las obsesiones y compulsiones en población no clínica ayudando a identificar conductas y pensamientos que pueden afectar el funcionamiento normal de la persona. Es una herramienta que brinda conocimiento para dar tratamiento oportuno.

La Escala de Evaluación Comprensiva de Tendencias Sádicas busca identificar a las personas que suelen disfrutar con el sufrimiento o el malestar que infligen a otros y que si bien no cae en la patología si permite advertir de cierta predisposición a reaccionar de forma agresiva o a propiciar situaciones que impliquen actos de crueldad.

El Test del Complejo de Adonis es una escala que mide la preocupación excesiva por el aspecto físico, mismo que lleva a las personas a pasar muchas horas ejercitándose e incluso a recurrir a numerosas intervenciones quirúrgicas en su afán de alcanzar la perfección corporal.

Por último el Inventario de Síntomas Scl-90-R es una escala que evalúa el malestar emocional en jóvenes universitarios detectando diversas problemáticas emocionales que pudieran derivar en trastornos más graves.

ESCALA DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN MATERNA EN MUJERES PROFESIONISTAS MEXICANAS

TAMARA NIEBLA DELGADO

Propósito de la medida

Se recomienda la aplicación de esta prueba a madres profesionistas para medir el nivel de ansiedad de separación de sus hijos con fines clínicos, didácticos o de investigación. Pretende aportar más conocimientos sobre la ansiedad de separación desde la perspectiva materna. Si bien la presencia de cierta ansiedad no implica necesariamente una respuesta patológica, el exceso de esta puede derivar en malestar, cambios de humor o depresión. El instrumento puede ser aplicado a un grupo o de manera individual en diversos contextos laborales, clínicos o incluso en estancias infantiles y escuelas de educación inicial.

Fundamento y constructos que mide

El instrumento es una adaptación al español de la escala Maternal Separation Anxiety Scale (MSAS) de Hock, McBride, y Gnezda (1989) y tiene como objetivo estudiar la experiencia de las madres al momento de separarse de sus hijos. Hock, DeMeis y McBride describen la ansiedad de separación materna como el estado emocional desagradable que refleja inquietud y aprehensión al momento de alejarse de su hijo(a) y que incluye sentimientos de intranquilidad, culpa y tristeza, que conllevan preocupación, necesidad de proximidad y una sensación de pérdida de primacía.

Debido a las exigencias laborales, las madres profesionistas deben equilibrar entre sus de-

seos de cuidar a los hijos y cumplir otros objetivos (por ejemplo ascender en su profesión). Algunos sentimientos desagradables como la culpa, sensación de pérdida, de primacía, preocupación y tristeza a menudo surgen cuando las madres no pueden mantener la proximidad y proporcionar protección para sus hijos experimentando así ansiedad por la separación.

El instrumento original con una confiabilidad total de .88, es una escala tipo Likert de 5 puntos compuesta por 35 reactivos que miden la ansiedad materna en tres dimensiones: ansiedad de separación materna (21 ítems), percepción de los efectos que la separación tiene sobre el niño (7 ítems) y preocupaciones por la separación relacionada con los compromisos laborales (7 ítems).

Para la adaptación del instrumento en población mexicana se hizo una traducción y a diferencia de la escala original, el análisis de validez arrojó cinco dimensiones que son (Niebla, 2015):

Preocupación ante la separación. Agrupa reactivos que en su contenido describen los sentimientos de malestar, tristeza o culpa asociados a la separación. Estas sensaciones en conjunto derivan en sentimientos de ansiedad que se producen por la separación o alejamiento entre madre e hijo.

Primacía como madres. Esta dimensión se refiere a la percepción de la madre como la principal portadora de seguridad, cuidado y cariño hacia su hijo(a). La madre se

reconoce como la que cuenta con mayor capacidad para cubrir las necesidades de su hijo(a) y se concibe como la persona más importante para él/ella. Por ende, al no estar presente en el cuidado directo del hijo durante algunas horas en el día, es posible que se presente ansiedad al percibir una pérdida temporal de dicha primacía.

Proximidad con el hijo. Esta dimensión hace referencia a la ansiedad que surge de la sensación de querer tener un contacto físico con el niño como abrazarlo o cargarlo. Es la madre que extraña a su hijo(a) al separarse de él/ella por unas horas.

Promoción de autonomía. Este factor se refiere a la aceptación que tiene la madre ante el hecho de promover que su hijo(a) tenga contacto con otras personas y fomente su autonomía. Se considera la ansiedad que se presenta al reconocer que el pequeño está creciendo y puede enfrentarse a mayores riesgos; no obstante, el impulsar la autonomía puede dar a la madre una comprensión distinta de la separación que le brinde tranquilidad al fomentar independencia en el menor.

Balance de roles. Esta última dimensión describe la ansiedad que se presenta al buscar un equilibrio entre ejercer una carrera profesional y asumir el rol de madres. La sensación de no poder estar en ambos lugares a la vez o al tener que elegir concentrarse en alguno de estos roles, derivan en sentimientos de ansiedad en las mamás.

La escala final quedó compuesta por 29 reactivos organizados de la siguiente manera:

- preocupación ante la separación con trece reactivos (3, 6, 9, 12, 13, 14, 19, 24, 27, 28, 29, 32 y 35),
- primacía como madres con cuatro reactivos (2, 8, 18 y 23),
- proximidad con el hijo(a) con cuatro reactivos (1, 7, 17 y 22),
- promoción de autonomía con cuatro reactivos (11, 16, 26 y 34) y
- balance de roles también con cuatro reactivos (4, 20, 25 y 33).

Validez y confiabilidad

La muestra estuvo compuesta por 370 mujeres mexicanas de entre 19 y 52 años de edad, que en su conjunto presentaron una media de edad de 32 años. Los principales criterios que se tomaron en cuenta para la aplicación del instrumento fueron: que las mujeres trabajaran jornadas de medio tiempo o tiempo completo y que tuvieran por lo menos un hijo entre los 45 días y 6 años de edad. De las participantes, 9% tiene una escolaridad secundaria, 13% preparatoria o carrera técnica, 55% licenciatura, y 23% posgrado. Respecto a la jornada laboral, el 28% de las mujeres trabajan medio tiempo (1 a 6 horas diarias) y el 72% trabajan tiempo completo (7 a 12 horas diarias).

Para determinar la validez de la escala se aplicó un análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal, que arrojó una buena solución que explica el 57% de la varianza con una medida Kaiser-Meyer-Olkin alta ($KMO=.92$) y un test de esfericidad de Barlett alto y significativo ($\chi^2= 4634.97$, $gl=406$, $p < .001$). El instrumento es confiable y consistente con un alfa de Cronbach total de .91.

Tabla 1 Matriz de componentes rotados

Reactivos	PS	PM	PH	PA	BR
3. Los niños tendrán miedo en un lugar...	.58	.20	.15	.15	-.08
6. Cuando estoy lejos de mi hijo/a...	.46	.19	.43	-.06	.06
9. Será muy difícil para mi hijo...	.66	.19	.09	.10	-.19
12. Cuando estoy lejos de mi hijo(a)...	.58	.20	.45	.05	.12
13. Sólo una madre sabe de manera...	.58	.49	.12	.06	-.00
14. Es común que un niño se...	.57	.34	-.16	.07	.05
19. Creo que mi hijo(a) me extraña...	.57	.32	.17	.13	.09
24. Mi hijo está triste y asustado(a)...	.76	.03	-.05	.02	.09
27. Cuando estoy separada de mi hijo(a)...	.67	.16	.33	.01	.22
28. No disfruto cuando estoy lejos de...	.69	.07	.25	.07	.10
29. Me preocupa que mi hijo(a) nunca...	.72	.22	.15	-.00	.16
32. Me preocupo cuando alguien más...	.68	.09	.25	.06	.10
35. Cuando no estoy con mi hijo(a)...	.66	.28	.25	-.03	.18
2. Mi hijo(a) es más feliz conmigo...	.17	.54	.32	.16	-.07
8. Me preocupo más por la seguridad...	.35	.52	.28	.09	.08
18. Naturalmente soy mejor que ...	.35	.66	.15	.04	.00
23. Mi hijo(a) prefiere estar conmigo...	.29	.67	.17	.13	-.01
1. Extraño cargar o abrazar a mi hijo...	.15	.09	.83	.01	-.01
7. Cargar o abrazar a mi hijo me hace...	.19	.30	.76	-.01	.04
17. Me gusta tener a mi hijo(a) cerca...	.37	.41	.46	-.00	.22
22. No me gusta dejar a mi hijo...	.38	.27	.49	.20	.16
11. Mi hijo(a) se beneficiará de...	.11	.08	-.12	.66	.06
16. Es bueno para mi hijo pasar tiempo...	.09	.06	.09	.76	.12
26. Mi hijo(a) necesita pasar...	-.08	.07	.10	.81	.06
34. Hay momentos en la vida...	.10	.00	-.00	.69	.10
4. Mi vida no estaría completa sin una...	.01	-.15	-.03	.08	.79
20. Una carrera profesional o trabajo...	.09	-.28	.26	.27	.63
25. No me arrepentiría de posponer...	.13	.38	.13	.11	.67
33. Si pudiera elegir entre...	.20	.46	.22	.11	.66
% Varianza explicada	33.56	9.1	5.7	5.7	3.6
Valor eigen	9.73	3.64	1.67	1.64	1.05
Alfa de Cronbach	.91	.75	.79	.75	.68
Media	38.17	14.47	14.56	8.81	11.02
Desviación estándar	10.09	3.48	3.41	3.07	3.45

Nota: EE= evasión emocional; P = premiación; I = impusividad; AI = autoindulgencia; BTF = baja tolerancia a la frustración; AC = autocompasión

En la Tabla 1 se observa la saturación de los reactivos en cada dimensión, así como su confiabilidad. El factor de preocupa-

ción ante la separación obtuvo un alfa de Cronbach de .91, un porcentaje de varianza de 33.56% con un valor eigen de 9.73.

El alfa de Cronbach resultante en el factor primacía como madres fue de .75 lo que también indica una buena solución interna, con un porcentaje de varianza explicada de 9.1% y un valor eigen de 2.64. La dimensión de proximidad con el hijo(a) reporta un alfa de Cronbach de .79, un porcentaje de varianza de 5.7% y un valor eigen de 1.67. El factor de promoción de autonomía con un alfa de Cronbach de .75, un valor eigen de 1.64 y un porcentaje de varianza explicada de 5.7. Por último, el alfa de Cronbach de la dimensión balance de roles fue de .68, su porcentaje de varianza explicada reportó un 3.6% y se obtuvo 1.05 de valor eigen.

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

La aplicación se recomienda para mujeres profesionistas que tengan por lo menos un hijo(a) de 45 días a 6 años de edad, dado

que es a esta muestra en la que se hizo la validez, sin embargo no se descarta la posibilidad de que el instrumento pueda funcionar adecuadamente en otras poblaciones. El instrumento se puede responder de manera presencial o por medio de una liga en internet que se envíe directamente a las participantes. Para obtener la calificación se suman los reactivos de cada dimensión. Es importante considerar que los reactivos 4, 9, 13, 17, 22 y 28 deberán invertirse para calificarlos antes de sumarlos en sus respectivas dimensiones. En la Tabla 2 aparecen los criterios de interpretación de los puntajes los cuales son indicadores de una presencia baja, moderada y alta por cada rasgo de ansiedad materna. Es importante considerar que la presencia de cierta ansiedad es esperada debido al vínculo entre la madre y el hijo(a) por lo que un nivel de ansiedad moderada es considerada sano; por el contrario la respuesta de ansiedad de separación alta puede considerarse patológica.

Tabla 1 Matriz de componentes rotados

Dimensiones	Baja	Moderada	Alta
Preocupación ante la separación	5 a 30	31 a 43	44 a 64
Primacía como madres	6 a 12	13 a 16	17 a 20
Proximidad con el hijo(a)	5 a 12	13 a 16	17 a 20
Promoción de autonomía	4 a 6	7 a 10	11 a 19
Balance de roles	4 a 8	9 a 12	14 a 20

Referencias

- Hock, E., DeMeis, D., & McBride, S. (1988). Maternal separation anxiety: Its role in the balance of employment and motherhood in mothers of infants. Maternal employment and children's development. En Gottfried, A. E., Gottfried, A., W., (Ed.) Longitudinal Research. Plenum studies in work and industry. (pp. 191-229). New York: Plenum Press.
- Hock, E., McBride, S., & Gnezda, M. (1989). Maternal separation anxiety: Mother-infant separation from the maternal perspective. *Child Development*, 60, 793-802.
- Niebla, T. (2015). Ansiedad de separación materna en madres profesionistas en una muestra de mujeres mexicanas. Tesis de maestría no publicada. Universidad de las Américas, A.C., México.

ESCALA DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN MATERNA

En el siguiente cuestionario hay afirmaciones acerca de asuntos de interés y preocupación para las madres. No todas las personas se sienten de la misma manera respecto a ellos; responda a los enunciados tal como se sienta ahora, considerando que el 1 representa totalmente en desacuerdo (que es muy poco probable que ocurra) y el 5 totalmente de acuerdo (es decir, que

es muy probable que ocurra). Sus respuestas son muy importantes por lo que le pedimos responda con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparte es CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar; si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

Enunciado	1	2	3	4	5
1. Extraño cargar o abrazar a mi hijo cuando estoy lejos de el/ella.					
2. Mi hijo es más feliz conmigo que con niñeras o maestras.					
3. Los niños tendrán miedo en un lugar nuevo sin su madre.					
4. Mi vida no estaría completa sin una carrera profesional.					
5. Cuando estoy lejos de mi hijo/a, a menudo me pregunto si sus necesidades físicas (pañales secos, comer lo suficiente, etc.) están cubiertas.					
6. Cargar y abrazar a mi hijo me hace sentir tan bien que realmente extraño la cercanía cuando estoy lejos.					
7. Me preocupo más por la seguridad física de mi hijo/a que cualquier nana o maestra.					
8. Será muy difícil para mi hijo/a a alguien más que lo cuide.					
9. Mi hijo/a se beneficiará de experiencias grupales (ej. guardería, maternal, kínder) debido a que le proporcionarán experiencias sociales que no podrá obtener en casa.					
10. Cuando estoy lejos de mi hijo/a, me siento sola y lo extraño demasiado.					
11. Solo una madre sabe de manera natural cómo consolar a su hijo/a cuando está angustiado.					
12. Es común que un niño se decepcione cuando lo dejan con una niñera.					

Enunciado	1	2	3	4	5
13. Es bueno para mi hijo pasar tiempo lejos de mi para que pueda aprender a lidiar con personas desconocidas y nuevas situaciones de forma independiente.					
14. Me gusta tener a mi hijo/a cerca de mi casi todo el tiempo.					
15. Naturalmente soy mejor que cualquier persona para mantener a mi hijo/a seguro/a.					
16. Creo que mi hijo/a me extraña cuando tengo que dejarlo con alguien más para que lo cuide un ratito.					
17. Creo que mi hijo/a me extraña cuando tengo que dejarlo con alguien más para que lo cuide un ratito.					
18. Una carrera profesional o trabajo me trae mucha satisfacción personal.					
19. No me gusta dejar a mi hijo/a.					
20. Mi hijo/ prefiere estar conmigo más que con cualquier persona.					
21. Mi hijo/a está triste y asustado/a cuando no está conmigo.					
22. No me arrepentiría de posponer mi carrera profesional para quedarme en casa con mi hijo/a.					
23. Mi hijo/a necesita pasar tiempo lejos de mi para poder desarrollar un sentido de individualidad.					
24. Cuando estoy separada de mi hijo/a me pregunto si está llorando y extrañándose.					
25. No disfruto cuando estoy lejos de mi hijo/a.					
26. Me preocupa que mi hijo/a nunca esté completamente cómodo/a en un lugar desconocido si no estoy con el/ella.					
27. Me preocupo cuando alguien más atiende a mi hijo/a.					
28. Si pudiera elegir entre trabajar tiempo completo o quedarme en casa con mi hijo/a, yo quisiera quedarme en casa.					
29. Hay momentos en la vida de los niños pequeños, en que necesitan estar con personas distintas a sus madres.					
30. Cuando no estoy con mi hijo/a me preocupo por si la niñera es capaz de calmarlo y consolarlo si se siente triste o solo/a.					

INVENTARIO DE OBSESIONES Y COMPULSIONES REVISADO (IOC-R)

ANDREA JUÁREZ PLATAS

Propósito de la medida

Este inventario desarrollado originalmente por Foa et al. (2002), está orientado a detectar rasgos del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), en la población general y en individuos con síntomas que muestran algún grado de afectación en su satisfacción y calidad de vida. Este instrumento es capaz de indicar la magnitud del rasgo obsesivo compulsivo y brinda la posibilidad de identificar a aquellos individuos que padecen un trastorno para dar tratamiento que reduzca el malestar ocasionado por los síntomas.

Fundamento y constructos que mide

El TOC consiste en pensamientos intrusivos o desagradables que vienen acompañados de comportamientos repetitivos o compulsivos que la persona realiza con el objeto de disminuir el malestar causado por dichas obsesiones o para evitar la consecuencia de una situación negativa.

La población general tiende a presentar regularmente comportamientos obsesivos y compulsivos que no se catalogan como patológicos, pero que afectan su funcionamiento normal, es decir, presentan un TOC subclínico (Black & Gaffney, 2008).

La naturaleza del TOC llevó a la creación de instrumentos que evaluaran su heterogeneidad y detectaran el grado de severidad de sus síntomas. Foa et al. (1998) desarrollaron el inventario de obsesiones y

compulsiones (IOC), que abarcaba las características del TOC, que evaluaba conductas compulsivas e ideas obsesivas en población no clínica. A partir de algunas investigaciones, Foa, et al. (2002), desarrollan una versión más corta del IOC para facilitar su administración llamada IOC-R, la traducción al español de esta versión fue realizada por Fullana, et al. (2005), encontrando propiedades psicométricas comparables al original.

La adaptación de la escala que se presenta en este capítulo (IOC-R) comprende cuatro dimensiones: obsesiones, acumulación y orden, neutralización y limpieza, verificación. El primer factor abarca los pensamientos intrusivos u obsesiones que el individuo no puede controlar a voluntad y que le ocasionan malestar significativo. El segundo factor, define aspectos como el malestar que implica para el sujeto que el orden de los objetos sea modificado por otros, la necesidad de acumular cosas y el temor a deshacerse de ellas. El tercer factor, se refiere a la necesidad de contrarrestar el efecto de los pensamientos obsesivos y prevenir las consecuencias de éstos a través del conteo de objetos y/o la repetición de ciertos números mientras se realizan ciertas actividades. Incluye la necesidad de asearse o lavarse repetidamente y por más tiempo de lo necesario ante la sensación de sentirse contaminado. Por último, el factor verificación describe la necesidad de revisar o inspeccionar situaciones que puedan dar lugar a una determinada catástrofe o experiencia negativa.

Validez y confiabilidad

La muestra consistió en 267 participantes adultos, 165 mujeres y 102 hombres, con edades comprendidas entre los 18 y 69 años. Para obtener la validez de constructo se aplicó un análisis factorial con rotación ortogonal que arrojó cuatro dimensiones, mismas que en su conjunto ex-

plican el 61.64% de la varianza. Asimismo se obtuvo una medida de adecuación a la muestra KMO de .83 y un test de esfericidad de Bartlett $\chi^2=1208.24$, $gl=91$, $p=.00$. En la Tabla 1 se muestra la alta saturación de los reactivos dentro de su factor y la confiabilidad obtenida cuyos valores fueron mayores a .70.

Tabla 1 Matriz de componentes rotados del IOC-R

Reactivos	O	AO	NL	V
4. No poder controlar sus propios...	.78	.29	.07	.04
9. Tener pensamientos desagradables...	.78	.25	.07	.16
14. Tener con frecuencia...	.74	.13	.23	.23
1. Acumular cosas...	.16	.63	.06	-.04
2. Que las cosas...	.10	.75	.18	-.04
6. Que los demás...	.17	.58	.01	.36
10. Sentirse incapaz...	.35	.54	-.02	.19
12. Tener la necesidad...	.09	.60	.28	.34
3. Sentir la necesidad...	.36	-.03	.60	.00
7. Tener necesidad de...	.09	.04	.51	.15
8. Tener a veces...	.36	.20	.78	.19
13. Lavarse las manos...	.50	.19	.75	.22
5. Comprobar repetidamente puertas...	-.00	.08	.17	.81
11. Comprobar repetidamente el gas...	.15	.11	.22	.81
% Varianza explicada	17.6	16	14.9	13
Valor eigen	2.4	2.2	2	1.8
Alfa de Cronbach	.81	.71	.71	.74
Media	3.19	8.14	2.7	1.6
Desviación estándar	1.19	4.2	3	1.8

Nota: O=Obsesiones, AO=Acumulación y Orden, NL=Neutralización y Limpieza, V= Verificación.

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

El inventario se compone de 14 reactivos con escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos. El instrumento está diseñado para ser contestado de manera individual respondiendo a cada una de las aseveraciones según el grado de malestar que el individuo experimenta. De ser necesario el examinador puede dar ejemplos para clarificar o ampliar el contenido de los reactivos. Al terminar la aplicación, debe comprobarse si se han completado los datos de identificación y si todos los reactivos de la prueba han sido contestados. La puntuación directa de cada uno de los cuatro factores o subescalas se obtiene al sumar las respuestas del individuo, para el factor obsesiones deben sumarse los reactivos 4, 9 y 14. En el caso de acumulación y orden, los reactivos 1,2,6,10 y 12. La neutralización y limpieza, los reactivos 3,7,8 y 13. En verificación es necesario sumar los reactivos 5 y 11. Se consideran cuatro puntos de corte de acuerdo al rango de calificaciones por cada factor que corresponden a los

percentiles 25, 50 y 75 (Tabla 2) que indican lo siguiente:

Puntajes iguales o menores al percentil 25, se consideran con baja prevalencia del rasgo.

Valores mayores al percentil 25 o iguales al percentil 50, se consideran con prevalencia moderada del rasgo.

Calificaciones mayores al percentil 50 o iguales al percentil 75, se consideran con alta prevalencia del rasgo.

Puntajes mayores al percentil 75, se consideran con una prevalencia muy alta del rasgo.

Es importante tener en consideración que la población no clínica tiende a presentar comportamientos obsesivos y compulsivos que no se catalogan como patológicos, por lo que puntuaciones en niveles moderados se pueden interpretar como normales.

Tabla 2 Normas de calificación por factor del IOC-R

Factores	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Obsesiones	0	1-2	3-5	6-12
Acumulación y orden	0-5	6-8	9-12	13-20
Neutralización y limpieza	0	1-2	3-4	5-16
Verificación	0	1	2	3-8

Referencias

- Black D., Gaffney G. (2008). Subclinical obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: additional results from a "high-risk" study. *International Journal of Neuropsychiatric Medicine*, 13(9), 54-61.
- Juárez, Y. (2015). *Propiedades psicométricas del Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado (OCI-R) en una muestra no clínica mexicana*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de las Américas, A.C., México.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., Salkovskis, P. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and Validation of a Short Version. *Psychological Assessment*, 14, 485-. Recuperado de <http://www.psychology.stonybrook.edu/ghajcak-/pubs/Foa%20Hajcak%202002.pdf>
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E., y Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: the obsessive-compulsive inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206–214. doi: 10.1037/1040-3590.10.3.206
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Casares, X., Andino, O., Torrubia, R., y Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of Spanish version of the Obsessive Compulsive Inventory-Revised in non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 893-903.

INVENTARIO DE OBSESIONES Y COMPULSIONES REVISADO (IOC-R)

INSTRUCCIONES: Las siguientes afirmaciones se refieren a experiencias que gran cantidad de personas tienen en su vida cotidiana. Anote el número que mejor describa cuanto malestar o molestia le ha producido esta experiencia durante el último mes, considerando que 0 es nada y 4 es muchísimo.

Sus respuestas son muy importantes por lo que le pedimos responda con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparta es CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar; si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

Afirmaciones	0	1	2	3	4
1. Acumular cosas hasta el punto que le estorban.					
2. Que las cosas no estén bien ordenadas.					
3. Sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas.					
4. No poder controlar sus propios pensamientos.					
5. Comprobar repetidamente puertas, ventanas, cajones, etc.					
6. Que los demás cambien la manera en que he ordenado mis cosas.					
7. Tener necesidad de repetir números.					
8. Tener a veces que asearse o lavarse por el mero hecho de sentirse contaminado/a.					
9. Tener pensamientos desagradables en contra de su voluntad.					
10. Sentirse incapaz de tirar cosas por temor a necesitarlas después.					
11. Comprobar repetidamente el gas, el agua y la luz después de haberlos cerrado/apagado.					
12. Tener la necesidad que las cosas estén ordenadas de una determinada manera.					
13. Lavarse las manos más a menudo y durante más tiempo de lo necesario.					
14. Tener con frecuencia pensamientos repugnantes y que le cueste librarse de ellos.					

ESCALA DE EVALUACION COMPRENSIVA DE TENDENCIAS SÁDICAS

MARIO SERGIO CISNEROS REYES

Propósito de la medida

Esta escala puede ser aplicada a población no clínica y mide la existencia de rasgos sádicos cotidianos (Paulhus, Buckels, Jones, Dutton & Klonsky, 2010). Permite evaluar la predisposición a reaccionar en forma agresiva o participar en conductas antisociales como serían la provocación de incendios, la violencia doméstica, el uso excesivo de la fuerza en los deportes de contacto o en profesiones como la policía.

Fundamentos y constructos que mide

El sadismo incluye una serie de comportamientos y emociones que suelen derivar en un mal funcionamiento psicológico y en conductas antisociales. El gran interés de poder contar con mediciones válidas y confiables para medir los rasgos sádicos en las personas lleva a Paulhus, et al. (2010) a estudiar lo que llaman sadismo cotidiano (everyday sadists) definido como la tendencia habitual de disfrutar con el sufrimiento de los demás. Aunque la mayoría de la gente trata de evitar herir a los demás, un sádico cotidiano disfruta siendo cruel y le puede incluso resultar emocionante.

Los sádicos cotidianos carecen de empatía y poseen una motivación interna para herir a los demás. Sin embargo, es poco probable que actúen de manera criminal o peligrosa. Éstos pueden alcanzar el disfrute no sólo infringiendo personalmente sufrimiento a las personas, sino también a

través de medios más indirectos como ver a otros cometer actos sádicos o disfrutar con los deportes violentos, con la lectura de la nota roja, etc.

Paulhus et al. (2010) construyen un primer instrumento el Varieties of Sadistic Tendencies Scale (VAST) que evalúa los rasgos sádicos básicos, vicarios y políticos. Posteriormente, Paulhus y Buckels (2013) decidieron agregar reactivos que evaluaran los rasgos sádicos verbales y físicos, además incluyeron 11 reactivos que tienen que ver con actitudes altruistas y conductas más positivas que se utilizan como una medida de control para disminuir el impacto negativo de la prueba. Crean así el instrumento llamado “Comprehensive Assessment Sadistic Tendencies” (CAST) que tiene una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach total de .89 y de .81, .80 y .82 en cada una de las tres dimensiones.

Este último instrumento, el CAST fue traducido al español y retro-traducido para asegurar la equivalencia de los reactivos con los propuestos originalmente. Fue validado en una muestra mexicana de estudiantes universitarios resultando las mismas tres dimensiones propuestas en el instrumento original:

El sadismo verbal es aquel que una persona emplea para burlarse, humillar, atacar, degradar a las personas de manera psicológica, mientras disfruta el daño causado ya sea viendo sus expresiones faciales o esperando una respuesta emocional que sea de su goce.

El sadismo físico describe a la persona que disfruta de atormentar y dominar a los otros por medio de la violencia física, pudiendo llegar a dañar severamente a otros.

El sadismo vicario se define como el gusto de observar actos en los cuales haya cierto grado de violencia.

Validez y confiabilidad

Los resultados de las pruebas de la validez y confiabilidad que se obtuvieron de

la aplicación del cuestionario aparecen en la Tabla 1. La muestra estuvo constituida por 200 estudiantes universitarios, de los cuales 111 eran mujeres y 89 hombres.

En la Tabla 1 podemos observar que los tres factores presentan cargas factoriales altas, acorde a las dimensiones originales, sin embargo es importante resaltar que el reactivo cuatro que originalmente correspondía a otra dimensión, en esta validación se ubicó en el factor 1 de sadismo vicario.

Tabla 1 Matriz de componentes rotados

Reactivos	Vicario	Físico	Verbal
20. Disfruto ver peleas de artes...	.08	.00	.18
14. Me encanta ver videos...	.61	.38	.15
8. Disfruto ser el villano en juegos...	.59	.44	.09
6. En las carreras profesionales de autos...	.70	.29	.14
4. Me gusta ver la violencia en los deportes.	.76	.17	.24
2. En los videojuegos, me gustan las...	.72	.25	.08
23. Tengo el derecho de empujar a ciertas...	.13	.78	.21
22. Disfruto dañar a las personas físicamente.	.24	.81	.11
16. Disfruto atormentar a las personas.	.29	.81	.26
12. He dominado a otros por medio del...	.44	.53	.20
19. Cuando me burlo de alguien...	.33	.44	.64
15. A propósito yo he engañado a alguien...	.21	.61	.43
11. Disfruto hacer chistes a...	.18	.16	.82
5. Quizá no debería, pero nunca me canso...	.13	.20	.83
Porcentaje de varianza explicada	48.04	10.29	17.07
Valor eigen	6.72	1.44	1.09
Alfa de Cronbach	.85	.84	.82
Media	9.64	7.67	14.02

El análisis factorial con rotación ortogonal utilizado para estimar la validez de constructo de la escala arrojó 14 reactivos con tres dimensiones, el valor Kaiser Meyer Olkin fue de .90 el cual es muy alto y la prueba de esfericidad de Bartlett tuvo un valor de 1502.57, $gl= 78$, $p=.000$. Se considera que estos resultados reflejan una solución factorial satisfactoria, debido a que el porcentaje total de varianza explicada es de 48.04% distribuida en los factores como sigue: rasgos sádicos vicarios, 10.29%, rasgos sádicos físicos, y 37.07% rasgos sádicos verbales.

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

La prueba se administra a partir de los 18 años, es autoaplicable y las puntuaciones se califican de acuerdo a la dimensión a la

que pertenece cada reactivo. Debe considerarse que en la aplicación además de los reactivos de la escala es importante incluir los 11 reactivos diseñados para disminuir los sentimientos de negatividad que puede producir la escala, que además son útiles como distractores y elementos de control de las respuestas. Estos reactivos son el 1, 3, 7, 9, 10, 13, 17, 18, 21 y 24. Para calificar estos reactivos es necesario invertir la escala de respuesta.

Para calificar e interpretar el instrumento se consideran solo los tres factores de sadismo, sumando el puntaje obtenido en cada ítem. La Tabla 2 señala los valores de interpretación para cada dimensión, que se interpretan en tres rangos: bajo, moderado y alto. A partir del nivel moderado podemos suponer una presencia importante de rasgos sádicos.

Tabla 2 Normas de calificación del instrumento

Rango de clasificación	Rasgos sádicos verbales	Rasgos sádicos Físicos	Rasgos sádicos Vicarios
Bajo	6-8	4-5	8-11
Moderado	9-11	6-9	12-18
Alto	12-20	10-20	19-30

Referencias

- Paulhus, D. L., Buckels, E. E., Jones, D. N., Dutton, D. G., & Klonsky, E. D. (2010). Varieties of Sadistic Tendencies (VAST). Unpublished measure. University of British Columbia
- Buckels, E. E., Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2013). Behavioral confirmation of everyday sadism. *Psychological Science*, XX, X, 1-9. doi:10.1177/0956797613490749
- Buckels, E. (2012). The pleasure of hurting others: Behavioral evidence for everyday sadism. The University of British Columbia.
- O'Meara, A., Davies, J., Hammond, S. (2011) The psychometric properties and utility of the Short Sadistic Impulse Scale. *Psychological Assessment*. 23(2), 523-31. doi: 10.1037/a0022400.

ESCALA DE EVALUACIÓN COMPRENSIVA DE TENDENCIAS SÁDICAS

INSTRUCCIONES: Lea con atención el siguiente cuestionario e indique que tan de acuerdo o en desacuerdo esta con respecto a cada afirmación, en donde 1 es totalmente en desacuerdo y 7 es totalmente de acuerdo. Sus respuestas son muy importantes por lo que le pedimos responda

con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparta es estrictamente CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar; si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

Afirmaciones	1	2	3	4	5	6	7
1. Considero que soy una persona amable.							
2. En los videojuegos me gustan las salpicaduras de sangre.							
3. Si uno es fuerte uno puede ayudar a los demás de mejor manera.							
4. Me gusta ver la violencia en los deportes.							
5. Quizá no debería pero nunca me canso de burlarme de ciertos compañeros de clase.							
6. En las carreras profesionales, los accidentes son lo que más disfruto.							
7. Haría lo que fuera -inclusive romper la ley- por las personas que amo.							
8. Disfruto ser el villano en los juegos y/ para torturar a otros personajes.							
9. Le doy dinero a la gente pobre que está en la calle.							
10. Pospongo las cosas que me interesan para ayudar a mis familiares.							
11. Disfruto hacer chistes a expensas de otros.							
12. He dominado a otros por medio del miedo.							
13. Tengo ambiciones para hacer este mundo mejor.							
14. Me encanta ver videos de YouTube de gente peleando.							
15. A propósito yo he engañado a alguien y me he reído cuando se ven humillados o como tontos.							
16. Disfruto atormentar a las personas.							
17. Soy una persona religiosa.							
18. Me preocupa que hemos dañado seriamente la tierra.							
19. Cuando me burlo de alguien me parece asombrosa la forma en que se dan cuenta de lo que estoy haciendo.							
20. Disfruto ver peleas de artes marciales mixtas (MMA, UFC, etc) que se llevan a cabo en jaulas o peleas en donde no hay escape.							
21. Me gustaría pasar mi vida ayudando a los niños enfermos.							
22. Disfruto dañar a las personas físicamente.							
23. Tengo derecho de empujar a ciertas personas que se encuentran a mi alrededor.							
24. He tenido muy buenos amigos.							

TEST DEL COMPLEJO DE ADONIS EN DEPORTISTAS

ALEJANDRA CARMONA COLLADO

Propósito de la medida

Este instrumento tiene como objetivo detectar la presencia de algunos síntomas del trastorno dismórfico muscular, a partir de tres indicadores: preocupación por la apariencia, esfuerzo invertido en el cuidado de la apariencia y medidas extremas de mantenimiento de la apariencia. Esta medida pretende detectar la inquietud acerca de la imagen corporal que puede variar desde rasgos en poblaciones no clínicas hasta una patología que requiere atención psicológica especializada.

Fundamentos y constructos que mide

La práctica de ejercicio físico para mejorar la estética y no con el objetivo de mejorar la salud es un hábito que se está extendiendo entre las personas y que está llevando a la aparición de nuevos trastornos, como la vigorexia, caracterizada por una obsesión enfermiza por desarrollar masa muscular, que afecta la vida psicológica y social de los individuos e incluso tiene implicaciones de tipo médico (Pope, Phillips & Olivardia, 2002).

En la última década, se ha incrementado el número de personas que se sienten muy preocupadas por verse y sentirse bien, se ha llegado a un culto exagerado por la belleza y la salud. Comienzan programas de ejercicio que requieren de gran disciplina para lograr sus objetivos de acercarse a la perfección corporal y al aumento de masa muscular. El cuerpo se ha convertido en lo que determina su identidad dictando los

valores a seguir. Apoyado por los medios de comunicación, la imagen corporal es relacionada con la felicidad, la hermosura, el bienestar y la salud (Rodríguez, 2007).

Olivardia, Pope y Borowiecki (2004) señalan que la mayoría de las personas están inconformes con su cuerpo, poniéndolas en riesgo de baja autoestima, de consumo de sustancias peligrosas, de alteraciones de la alimentación y de depresión. La necesidad de un cuerpo o una imagen perfectos resultan muchas veces en diversos trastornos psicológicos como el trastorno dismórfico muscular (Yaryura-Tóbias, 2003).

El ejercicio es una práctica física muy común que si se hace de manera regular puede ocasionar múltiples beneficios para la salud física y psicológica (Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz & Salazar, 1991). Sin embargo, también existe el riesgo de que se convierta en un problema si se realiza a intensidades que causan deterioro o daño (Arbinaga & Caracuel, 2006).

Las personas pueden desarrollar una obsesión por su apariencia física y por su cuerpo, esta preocupación excesiva se caracteriza por síntomas obsesivos muy marcados entre los que se pueden señalar, verse en el espejo constantemente para observar el desarrollo de sus músculos, pensar en su imagen durante largos periodos de tiempo y preocupación constante por un defecto imaginado. Este tipo de comportamiento forma parte de los síntomas que caracterizan el trastorno dismórfico

muscular (Phillips, 2000), relacionado con el ejercicio excesivo para lograr una gran masa muscular, que lleva a las personas a obsesionarse por el levantamiento de pesas y llevar dietas estrictas, que en casos extremos producirá una calidad de vida pobre, que puede ir acompañada del abuso de sustancias como esteroides (Van Amerigen, Patterson & Simpson, 2014).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014), el trastorno dismórfico muscular está ca-

racterizado por una preocupación acerca de las imperfecciones en el aspecto físico. Dicha preocupación causa un malestar significativo y un deterioro en la vida de las personas. Por otro lado, los sujetos presentan comportamientos y conductas repetitivas como respuesta a esta preocupación, como por ejemplo, asearse en exceso. Asimismo, existe una preocupación por la idea de que su estructura corporal es poco musculosa. En la Tabla 1, se incluyen los criterios diagnósticos (American Psychiatric Association, 2014).

Tabla 1 Criterios diagnósticos del Trastorno Dismórfico Corporal de acuerdo a la American Psychiatric Association (2014)

Trastorno Dismórfico Corporal	
A	Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
B	En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
C	La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D	La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.
E	Especificar si con dismorfia muscular: al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.
F	Especificar si existe un grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., “Estoy feo/a” o “Estoy deforme”). Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no. Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.
G	Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no. Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.
H	Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.

Fueron Pope, Phillips y Olivardia, (2002) quienes observaron que miles de personas que asisten a los gimnasios, presentan una gran adicción a la musculatura acompañada de una preocupación excesiva por el cuerpo, que interpretaron como un síndrome al que llamaron complejo de Adonis o vigorexia; y posteriormente se le conoció como trastorno dismórfico muscular. Hicieron una propuesta de un instrumento que pudiera medir los síntomas de este trastorno.

Baile, Monroy y Garay (2005) fueron los primeros en traducir y adaptar dicho instrumento al castellano, pero no probaron sus propiedades psicométricas. Fueron Latorre-Román, Garrido-Ruiz y García-Pinillos (2015) quienes hacen una validación española de esta versión aplicando el instrumento a 99 deportistas varones de musculación. Se encontraron medidas psicométricas adecuadas, dado que la consistencia interna del instrumento mostró un alfa de Cronbach de .88 y la validez de constructo mostró una estructura factorial de tres dimensiones (efecto psicosocial de la apariencia física, control de apariencia física y preocupación por la apariencia física), que en su conjunto explicaron el 65.29% de la varianza.

El test que se presentará a continuación corresponde a la validación que realizó Carmona (2016, en prensa) para México utilizando la versión española. Se encontró una organización de los reactivos diferente a las originales, por lo que los factores encontrados fueron renombrados de acuerdo al contenido de los ítems.

De esta manera, las tres dimensiones que mide esta versión son las siguientes:

Preocupación por la apariencia. Inquietud constante por no tener la apariencia física que se considera adecuada para una buena relación con los demás. Los reactivos describen situaciones en las que la apariencia afecta la vida social de las personas tales como la vida de pareja, el trabajo, la escuela, la amistad, etc. Las personas dejan de hacer ciertas cosas por mejorar su apariencia. Además, esta preocupación genera malestar y deterioro en sus vidas.

Esfuerzo invertido. Actividades encaminadas al mejoramiento de la apariencia. Este factor refleja el nivel de control que tienen las personas sobre su apariencia física, es decir, cuánto esmero, energía, pensamientos, e ingresos invierten en su apariencia y en cómo se ven. Los reactivos describen comportamientos y actos repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.

Medidas extremas. Actividades que incluyen el uso de sustancias o ejercicio físico excesivo para lograr la apariencia deseada, incluyendo algunas medidas extremas para mejorar su apariencia. Los reactivos describen conductas extremas que el sujeto sigue para aumentar su masa corporal o cambiar su apariencia.

Validez y confiabilidad

Para determinar la validez y confiabilidad del Test del Complejo de Adonis, se utilizó una muestra de 218 personas, hombres y mujeres con rutinas de ejercicio constantes, cuyas edades fluctuaron entre los 18 y 50 años de edad. El análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal, arrojó una buena solución ya que el porcentaje de varianza total explicada fue de 55.13%, con una la medida de adecuación de la muestra Kaiser-Mayer-Olkin de .81; de la misma

manera el test de esfericidad de Barlett fue alto y significativa ($\chi^2 = 720.816$, $gl = 78$, $p = .000$). La distribución y cargas factoriales de cada uno de los componentes del TCA se encuentran en la Tabla 2. El alfa de Cronbach general fue de .80 lo que señala que se trata de un instrumento consistente y confiable. Para definir los factores o dimensiones de la escala, se consideraron tanto las cargas factoriales de cada reactivo, como su ordenamiento conceptual e interpretabilidad, de esta forma las dimensiones quedaron conformadas como sigue:

Tabla 2. Preocupación por la apariencia. El primer factor quedó formado por 6 reactivos que obtuvieron cargas factoriales que van de .77 a .44. El alfa de Cronbach resultante fue de .76 lo que señala la fuerte consistencia interna y explica por sí solo el

31.73% de la varianza con un valor eigen de 4.12. No obstante que el ítem 13 tiene una carga factorial más alta en esta primera dimensión, por claridad conceptual e interpretabilidad se decidió dejarlo en el último factor en el que también tiene un peso importante. Lo mismo sucedió con el reactivo 2 que se colocó en el primer factor.

Esfuerzo invertido. El segundo factor agrupa tres reactivos cuya saturación fluctuó entre .79 y .52, obtuvo un alfa de Cronbach de .59, explicando el 4.83% de la varianza con un valor eigen de 1.92.

Medidas extremas. Este último factor está compuesto por cuatro reactivos que obtuvieron cargas factoriales entre .69 y .48. El alfa de Cronbach de este tercer factor fue de .56, explicando el 8.56% de la varianza.

Tabla 2 Matriz de componentes rotados de los reactivos que componen el Test del Complejo de Adonis

Reactivos	PAF	EI	ME
9. ¿Con qué frecuencia tu vida sexual...	.77	.18	-.12
11. ¿Con qué frecuencia has evitado...	.77	-.00	.13
3. ¿Con qué frecuencia evitas que...	.76	.14	.11
10. ¿Con qué frecuencia tus...	.67	.28	.13
2. ¿Con qué frecuencia estás mal...	.45	.56	-.10
8. ¿Con qué frecuencia tus actividades...	.44	.23	.37
4. ¿Cuánto tiempo dedicas...	.05	.79	.10
1. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día...	.23	.71	.11
7. ¿Qué parte de tus ingresos...	.11	.52	.46
6. ¿Con qué frecuencia sigues dietas...	-.09	.34	.69
12. ¿Has consumido algún tipo de droga...	.20	-.06	.68
5. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día...	-.11	.50	.18
13. ¿Con qué frecuencia has tomado...	.00	.64	.48
% Varianza Explicada	31.7	14.8	8.5
Valor Eigen	4.1	1.9	1.1
Alfa de Cronbach	.76	.59	.56
Medias	3.00	1.90	3.44
Desviación Estándar	3.26	1.69	2.51

Nota: PAF= Preocupación por la apariencia física, EI= esfuerzo invertido, ME=medidas extremas

Aplicación, calificación e interpretación

Este test es un cuestionario autoaplicable, con tres opciones de respuesta: opción “a” es considerada no patológica puntúa 0, opción “b” es moderada o intermedia puntúa 1, opción “c” es patológica se califica con 3. Se suman las puntuaciones obtenidas para cada reactivo. La puntuación total del test varía de 0 a 39 puntos.

Para poder interpretar la puntuación total del test, se calcularon los puntos de corte, considerando los percentiles 25, 50 y 75 para ser interpretados como bajo, moderado, y alto respectivamente. Los rangos quedaron definidos como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3 Puntos de corte del Test del Complejo de Adonis (TCA)

Rango	Puntuación Total del TCA	Interpretación
Bajo	0 - 4	El paciente o cliente tiene una preocupación menor acerca de la imagen corporal, sin verse afectada la vida social, académica y laboral.
Moderado	5 - 11	La persona presenta grado medio a moderado de trastorno dismórfico muscular. Puede no haber compromiso de las diferentes áreas de relación y desempeño del sujeto, pero sí estar siendo afectado por presiones psicológicas y/o sociales en relación a la imagen corporal.
Alto	12 - 39	Grado comprometido de trastorno dismórfico muscular. Se recomienda consulta y tratamiento psicológico. Se observa un compromiso con la imagen corporal, donde las áreas social, laboral y académica se observan afectadas.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5a. edición). Washington, DC: Author.
- Arbinaga, F. & Caracuel, J. C. (2006). Perfil Socio-Deportivo de Físicoculturistas Competidores Versus no Competidores. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 6(1), 7-20.
- Baile, J. I. (2005). *Vigorexia, cómo reconocerla y evitarla*. Madrid: Editorial.
- Baile, J. I., Monroy, K. E. & Garay, F. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 161-169.
- Baile, J. I. (2002). *Diseño, construcción y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes* (Tesis Doctoral no publicada). Universidad Pública de Navarra, Pamplona.
- Carmona, A. (2016). *Trastorno dismórfico muscular y trastorno obsesivo compulsivo ¿existe una relación?* Disertación doctoral no publicada. Universidad de las Américas, A.C., México.

- Latorre, P.A., Garrido, A. & García, F. (2015). Versión Española del cuestionario del complejo de Adonis; un cuestionario para el análisis del dismorfismo muscular o vigorexia. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1246-1253.
- Olivardia, R., Pope, H. G. & Borowiecki, J. (2004). Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of Men and Masculinity*, 5(2), 112-120.
- Petruzzello, S. J., Landers, D., Hatfield, B.D., Kubitz, K.A. & Salazar, W. (1991). A metaanalysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. *Sports Medicine*, 11(3), 143-188.
- Pope, H. G., Phillips, K. A. & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press.
- Rodríguez, J. M. (2007) Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y Drogas*, 7(2), 289-308.
- Van Amerigen, M., Patterson, B. S. & Simpson, W. (2014) DSM-5 Obsessive-Compulsive and related disorders: Clinical implications of new criteria. *Depression and Anxiety*, 31, 487-493.
- Phillips, K. A. (2000). Body dysmorphic disorder: Diagnostic controversies and treatment challenges. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(1), 18-36.
- Yaryura-Tóbias, J. A., Neziroglu, F. & Pérez Rivera, R. (2003). *Obsesiones corporales*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

TEST DEL COMPLEJO DE ADONIS

A continuación aparecen una serie de preguntas relacionadas con actividades que las personas hacen en relación a su apariencia. Si está de acuerdo, sea tan amable de contestar a ellas circulando la opción que mejor refleja su opinión. Sus respuestas son muy importantes por lo que le pedimos responda con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparta es CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar; si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

1. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día preocupándote por algún aspecto de tu apariencia física (no simplemente pensando sino preocupándote)?

- a) Menos de 30 minutos
- b) De 30 a 60 minutos
- c) Más de 60 minutos

2. ¿Con qué frecuencia estás mal por alguna cuestión relacionada con tu apariencia (preocupado, ansioso, deprimido)?

- a) Nunca o raramente
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente

3. ¿Con qué frecuencia evitas que partes de tu cuerpo, o tu cuerpo entero sea visto por otros? Por ejemplo, ¿con qué frecuencia evitas ir a vestuarios, piscinas o situaciones donde debas quitarte la ropa? O también ¿con qué frecuencia llevas ropa que altera u oculta tu apariencia corporal, como por ejemplo intentar ocultar tu cabello o llevar ropa holgada para esconder tu cuerpo?

- a) Nunca o raramente
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente

4. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades de aseo para mejorar tu apariencia?

- a) Menos de 30 minutos
- b) De 30 a 60 minutos
- c) Más de 60 minutos

5. ¿Cuánto tiempo dedicas cada día a actividades físicas para mejorar tu apariencia física, tales como levantamiento de pesas, jogging, máquina de caminar?

- a) Menos de 30 minutos
- b) De 30 a 60 minutos
- c) Más de 60 minutos

6. ¿Con qué frecuencia sigues dietas comiendo alimentos especiales (por ejemplo, de alto grado proteínico, o comidas bajas en grasa) o ingieras suplementos nutricionales para mejorar tu apariencia?

- a) Nunca o raramente
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente

7. ¿Qué parte de tus ingresos económicos los empleas en cuestiones dedicadas a mejorar tu apariencia (por ejemplo, comidas especiales de dieta, suplementos nutricionales, productos para el pelo, cosméticos, técnicas cosméticas, equipamiento deportivo, cuotas de gimnasio...)?

- a) Una cantidad insignificante
- b) Una cantidad sustancial, pero nunca hasta el punto de que me cree problemas económicos
- c) Una cantidad suficiente hasta el punto de crearme problemas económicos.

8. ¿Con qué frecuencia tus actividades relacionadas con tu apariencia física afectan tus relaciones sociales (por ejemplo, el tener que dedicar tiempo a tus entrenamientos, prácticas alimentarias especiales o cualquier otra actividad relacionada con tu apariencia que terminan afectando a tus relaciones con otras personas)?

- a) Nunca o raramente
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente

9. ¿Con qué frecuencia tu vida sexual se ha visto afectada por tus preocupaciones relacionadas con la apariencia?

- a) Nunca o raramente
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente

10. ¿Con qué frecuencia tus preocupaciones con la apariencia o actividades relacionadas con ella han comprometido tu trabajo o carrera (o tus actividades académicas) (por ejemplo, llegando tarde, perdiendo horas de trabajo o clase, trabajando por debajo de tu capacidad o perdiendo oportunidades de mejora o ascenso por preocupaciones y/o actividades con la imagen corporal)?

- a) Nunca o raramente
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente

11. ¿Con qué frecuencia has evitado ser visto por otra gente debido a tus preocupaciones por tu apariencia (por ejemplo, no yendo a la escuela, al trabajo, a eventos sociales o a estar en público...)?

- a) Nunca o raramente
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente

12. ¿Has consumido algún tipo de droga, legal o ilegal, para ganar músculo, perder peso o para cualquier intento de mejorar tu apariencia?

- a) Nunca
- b) Sólo drogas legales, compradas en sitios oficiales o bajo prescripción.
- c) He usado esteroides legales, píldoras de adelgazamiento u otras sustancias.

13. ¿Con qué frecuencia has tomado medidas extremas (que no sean el uso de drogas) para cambiar tu apariencia, tales como hacer ejercicio excesivo, entrenar incluso estando adolorido, hacer dietas extremas, vomitar, usar laxantes u otros métodos de purga, usar técnicas no convencionales de desarrollo muscular, crecimiento del pelo, alargamiento del pene, etc.?

- a) Nunca o raramente
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente

INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R

SALUD CAVIA ESTEINOU

Propósito de la medida

El SCL-90R es un cuestionario de autoreporte diseñado para la detección y diagnóstico de síntomas de malestar psicológico; es la adaptación del Symptom Checklist Revised de Leonard Derogatis (1994). Mide 9 dimensiones o sub-escalas que son: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. La medición de estas dimensiones nos proporcionan un perfil que nos ayuda a identificar los niveles de malestar presentes en las personas

Fundamento y constructos que mide la prueba.

Leonard Derogatis y colaboradores en 1977 desarrollaron la primera versión del SCL -Symptom Distress List, una escala de 45 ítems la cual medía el malestar psicológico en cinco dimensiones y para su calificación contaba con una escala de cuatro puntos. Más adelante, el mismo Derogatis la reestructuró, quitando algunos de los ítems tomados del HSCL y adicionando 45 nuevos ítems dando como resultado final el SCL-90 el cual contaba con 90 ítems para la evaluación de malestar psicológico en 9 dimensiones. Derogatis indicó en 1994, que el SCL-90 es sólo un prototipo de la versión revisada, por lo que se encuentra incompleta, así que por cuestiones de validez recomienda el uso del SCL-90-R, que es la versión utilizada en esta propuesta. Por tanto las dimensiones medidas son:

Somatización. Malestares que surgen de

la percepción de disfunciones corporales cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias y de otros sistemas con fuerte mediación del sistema nervioso autónomo. También incluye, dolores de cabeza, musculares y otras manifestaciones somáticas de ansiedad.

Obsesión y compulsión. Incluye los síntomas característicos del síndrome obsesivo-compulsivo; diversos pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como involuntarios, indeseados, irresistibles, egodistónicos o imposibles de controlar.

Sensibilidad Interpersonal. Sentimientos de inferioridad e inadecuación personal, especialmente en comparación con otras personas, autodepreciación e incomodidad durante las interacciones personales.

Depresión. Los ítems son una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas del trastorno depresivo, estado de ánimo disfórico, falta de motivación, pérdida de interés en las actividades habituales, poca energía vital y sentimiento de desesperanza. También se incluyen ideaciones suicidas y otros correlatos somáticos y cognitivos de la depresión.

Ansiedad. Síntomas y comportamientos asociados clínicamente con elevados grados de ansiedad, inquietud, nerviosismo, tensión y ataques de pánico.

Hostilidad. Incluye pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo caracterizado como rabia o ira. La selección de ítems incluye la expresión de agresión, irritabilidad, rabia y resentimiento.

Ansiedad Fóbica. Caracteriza una respuesta persistente de miedo (a otras personas, lugares, objetos o situaciones específicas) que es irracional y desproporcionado al estímulo que la provoca, ocasionando que la persona desarrolle una conducta de evitación o escape del estímulo atemorizante. Los síntomas de esta dimensión se centran en las manifestaciones disruptivas de la conducta fóbica, varios de los cuales son típicos de la agorafobia.

Ideación Paranoide. Representa fundamentalmente las distinciones cognitivas típicas del comportamiento paranoide tales como pensamiento proyectivo, suspicacia, grandiosidad, centralidad, temor a la pérdida de autonomía y delirios.

Psicoticismo. Esta dimensión fue diseñada para representar el constructo tanto en un continuo en la experiencia humana. Por ello incluye un amplio espectro de síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones auditivas, transmisión y control de pensamiento.

Validez y confiabilidad

Para obtener la validez y confiabilidad Cavia (2014) aplicó la escala original a una muestra de 640 alumnos universitarios que solicitaron voluntariamente el servicio de asesoría psicológica dentro de un programa de atención psicopedagógica en una universidad privada de la Ciudad de México. De la muestra 236 fueron varones y 404 mujeres, con un edad promedio de 21.45 años. Esta muestra fue levantada entre Agosto del 2009 y Diciembre del 2013. La Tabla 1 muestra la distribución de los reactivos por cada subescala. El análisis factorial exploratorio se aplicó independientemente a cada una de las subescalas confirmando las nueve dimensiones, se puede observar en la Tabla 2 la adecuada consistencia interna de cada una de ellas (alfa de Cronbach fluctúa entre .69 y .88), así como el porcentaje de varianza explicado y sus correspondientes valores eigen. Los ítems contenidos en cada subescala presentaron una carga factorial mayor a .50.

Tabla 1 Número de reactivos por cada dimensión o subescala del SCL

Dimensión	Ítems Conservados
1. Somatización	1, 3, 8, 33, 35, 40, 41, 42, 43, 46, 48.
2. Obsesión y Compulsión	5, 6, 21, 31, 37, 38, 45.
3. Sensitividad Interpersonal	15, 27, 29, 30, 34, 49, 54.
4. Depresión	10, 11, 14, 16, 20, 22, 23, 24, 25, 44, 55, 59.
5. Ansiedad	2, 12, 17, 26, 32, 47, 56, 60, 63.
6. Hostilidad	7, 18, 51, 52, 61.
7. Ansiedad Fóbica	9, 19, 39.
8. Ideación Paranoide	13, 36, 53, 57, 62.
9. Psicoticismo	4, 28, 50, 58, 64, 65, 66.

Tabla 2 Valores psicométricos del análisis factorial y confiabilidad de las subescalas

Subescalas	% Total de Varianza	Valor Eigen	Confiabilidad
Somatización	42%	4.63	.85
Obsesión y Compulsión	47%	3.33	.81
Sensitividad Interpersonal	53%	3.75	.85
Depresión	45%	5.45	.88
Ansiedad (en dos factores)	58%	5.95	.85
Hostilidad	53%	2.65	.77
Ansiedad Fóbica	62%	1.86	.69
Ideación Paranoide	52%	2.61	.77
Psicoticismo (en dos factores)	61%	4.36	.81

Aplicación, calificación e interpretación de puntajes.

El SCL-90-R es una escala de uso sencillo, tiene un lenguaje coloquial y lleva entre 15 y 20 minutos contestarla, el rango de edad para su aplicación va de los 13 a los 26 años. Consiste en una lista de 90 síntomas psiquiátricos que varían en cuanto a su nivel de gravedad, el entrevistado debe indicar si los ha experimentado durante los 7

días anteriores al momento de la aplicación. Es una escala Likert de 5 puntos (0-4), con opciones que van de nada a mucho. Es importante que el entrevistado tenga claro que no existen respuestas buenas o malas y que no debe dejar frases sin responder. Esto permitirá realizar una adecuada calificación e interpretación. La interpretación de los puntajes en cada subescala se realiza de acuerdo a los datos que aparecen en la Tabla 3

Tabla 3 Puntajes de interpretación para la escala adaptada con población universitaria

Dimensión	Rango Bajo	Medio	Alto
Somatización	0 - 4	5 - 16	17 - 44
Obsesión y Compulsión	0 - 10	11 - 19	20 - 28
Sensitividad Interpersonal	0 - 6	7 - 16	17 - 28
Depresión	0 - 13	14 - 31	32 - 46
Ansiedad	0 - 6	7 - 17	18 - 36
Hostilidad	0 - 3	4 - 8	9 - 20
Ansiedad Fóbica	0	1	2 - 12
Ideación Paranoide	0 - 2	3 - 9	10 - 20
Psicoticismo	0 - 4	5 - 13	14 - 28

Referencias

- Derogatis, L. R. & Spitzer, R. L. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology, 33*(4), 981-989.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual* (Tercera Edición). Minneapolis, M. N.: National Computers Systems.
- Cavia, M. S. (2014). *El SCL-90-R como herramienta de diagnóstico de malestar psicológico en población universitaria*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad de las Américas, A.C., México.

INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días). Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO - BASTANTE - MUCHO. No hay respuestas buenas o malas, todas sirven. No deje frases sin responder. Sus respuestas son muy importantes por lo que le pedimos responda con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparta es CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar; si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

Problemas	1	2	3	4	5
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Sensación de mareo o desmayo.					
4. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
5. Tener dificultad para memorizar cosas.					
6. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
7. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
8. Dolores en el pecho.					
9. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
10. Sentirme con muy pocas energías.					
11. Pensar en quitarme la vida.					
12. Temblores en mi cuerpo.					
13. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
14. Llorar por cualquier cosa.					
15. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
16. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
17. Asustarme de repente sin razón alguna.					
18. Explotar y no poder controlarme.					
19. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
20. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
21. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
22. Sentirme solo/a.					
23. Sentirme triste.					
24. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
25. No tener interés por nada.					
26. Tener miedos.					
27. Sentirme herido en mis sentimientos.					

Problemas	1	2	3	4	5
28. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
29. Sentir que no me comprenden.					
30. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
31. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
32. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
33. Náuseas o dolor de estómago.					
34. Sentirme inferior a los demás.					
35. Calambres en manos, brazos o piernas.					
36. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
37. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
38. Tener dificultades para tomar decisiones.					
39. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
40. Tener dificultades para respirar bien.					
41. Ataques de frío o de calor.					
42. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
43. Tener un nudo en la garganta.					
44. Perder las esperanzas en el futuro.					
45. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
46. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
47. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
48. Sentir mis brazos y piernas muy pesados.					
49. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
50. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
51. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
52. Necesitar romper o destrozar cosas.					
53. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
54. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
55. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
56. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
57. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
58. Sentirme solo/a aún estando con gente.					
59. Sentirme un/a inútil.					
60. Sentir que algo malo me va a pasar.					
61. Gritar o tirar cosas.					
62. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
63. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
64. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
65. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
66. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

PROCESOS TERAPÉUTICOS

En años recientes, se ha dado un interés creciente al desarrollo, aplicación y utilización de medidas para evaluar los procesos que se producen en los tratamientos psicológicos. Los procesos constituyen el conjunto de fenómenos que tienen lugar en la interacción entre clientes y terapeutas. Existe una tradición de investigación sobre la medición de procesos, que provee evidencia acerca de los mecanismos de cambio y el funcionamiento de la psicoterapia. Se planteado la necesidad de trasladar esta evidencia a la práctica clínica.

Para responder a esta inquietud, se presentan dos medidas para su uso en escenarios clínicos, con la finalidad de monitorear el progreso de los clientes, evaluar los resultados de la intervención o para obtener una retroalimentación del trabajo del terapeuta que pueda utilizarse en beneficio del cliente.

En esta sección se presentan la Escala de Negociación de la Alianza Terapéutica (ENAT), que es una adaptación de la versión en inglés de Doran et al. (2012). Este instrumento mide la calidad de relación que los clientes establecen con sus terapeutas. Puede utilizarse para obtener una retroalimentación sobre el progreso de la terapia, como una medida de monitoreo del vínculo relacional, para la prevención y reparación de rupturas de la alianza.

También se propone la Escala de Adherencia a la Terapia Familiar, que es una medida original y de autorreporte propuesta por su autor. La dificultad en la medición de la adherencia terapéutica consiste en

la falta de consenso sobre una definición conceptual. La importancia de evaluar este constructo en la terapia consiste en contar con información sobre el grado de participación de los clientes en el proceso, de su nivel de apego para prevenir si fuera el caso, abandono prematuro del tratamiento.

ESCALA DE NEGOCIACIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA

LUCERO AYTZEÉ PEÑA LEYVA

Propósito de la medida

La escala de negociación de la alianza terapéutica (ENAT) es un instrumento que permite valorar el funcionamiento de la psicoterapia al brindar una retroalimentación sobre la calidad de la relación percibida por los clientes. Se puede utilizar para monitorear el progreso terapéutico, prevenir posibles rupturas en la relación terapeuta-cliente y como un predictor de la efectividad de la terapia.

Fundamentos y constructos que mide

Las medidas actuales de la alianza terapéutica tienden a enfatizar el grado de acuerdo o colaboración que existe sobre las tareas y los objetivos terapéuticos entre el cliente y el terapeuta, que deben mantenerse a lo largo del proceso (Safran & Muran, 2000a). Existe un sólido sustento teórico y empírico que sugiere que, en la medida en que el cliente y el terapeuta sean capaces de negociar constructivamente los acuerdos y los desacuerdos sobre las tareas y metas de los tratamientos, se favorece el logro de resultados efectivos en las intervenciones psicológicas (Safran & Muran, 2000b).

La ENAT es una adaptación de la versión en inglés de Doran et al. (2012). A diferencia de la versión original, la traducción al español consta de tres dimensiones. La primera dimensión, la postura flexible del terapeuta mide la actitud transigente y tolerante hacia los clientes, así como la capacidad del terapeuta de reconocer que se equivoca en algunas ocasiones. La segunda dimensión, la postura negociadora del terapeuta, destaca

el carácter mutuo y emergente de la alianza, así como el grado en que el cliente percibe en el terapeuta la voluntad y la capacidad de adaptar o modificar su conducta según sus necesidades mostrando una respuesta adecuada a las tensiones que pudieran surgir en el vínculo entre ambos. La tercera dimensión, sentimientos de descontento, se refiere a la comodidad del paciente para expresar su decepción o frustración hacia el terapeuta o tratamiento.

Validez y confiabilidad

Para determinar la validez del ENAT, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal, en una muestra de 199 clientes que por lo menos hubieran asistido a cinco sesiones de psicoterapia. Se definieron 12 reactivos y tres dimensiones, que resultaron ser significativas y bien delimitadas (Tabla 1).

El porcentaje de varianza total explicada fue de 63.3%. Por otra parte la medida de adecuación a la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin fue alta ($KMO=.85$) y el test de esfericidad de Barlett fue alto y significativo ($\chi^2=885.40$, $gl=66$, $p.=000$). Con respecto a la confiabilidad, al separar los reactivos positivos y negativos se obtuvo un alfa de Cronbach de .81, lo cual indica que se trata de un instrumento consistente y estable.

Tabla 1 Matriz de componentes rotados de la ENAT

Reactivo	PFT	PNT	ESN
8. Mi terapeuta es inflexible...	.85	-.08	-.08
10. Siento que mi opinión...	.79	-.06	-.06
9. Mi terapeuta es rígido(a)...	.77	-.21	-.06
11. Simulo estar de acuerdo...	.73	-.11	-.15
7. Siento que mi terapeuta...	.70	-.17	.07
12. Mi terapeuta y yo...	.44	-.12	.26
6. Mi terapeuta es capaz...	-.24	.81	.04
4. Mi terapeuta me alienta...	-.10	.80	.15
5. Siento que puedo estar...	-.24	.74	.11
2. Mi terapeuta me alienta...	-.02	.74	.33
1. Me siento cómodo(a)...	.01	.19	.85
3. Me siento cómodo(a)...	-.14	.30	.76
% Varianza explicada	27.9	22.2	13.1
Valor Eigen	4.3	2.2	1.0
Alfa Cronbach	.81	.82	.68
Media	11.6	14.2	7.2
Desviación estándar	5.04	4.4	2.3

Nota: PFT= Postura flexible del terapeuta, PNT= postura negociadora del terapeuta, ESN=Comodidad con la expresión de sentimientos negativos

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

La escala es respondida por clientes que hayan asistido por lo menos a cinco sesiones de psicoterapia en forma regular. Para la calificación, se suman los puntajes de las tres dimensiones de forma independiente. Los

puntajes altos implican que las dimensiones que mide la escala están presentes de manera adecuada en la relación terapéutica. Los reactivos 8, 9, 10, 11 y 12 tienen un sentido negativo, por lo que al calificarlos, es necesario invertir la escala. De esta forma los puntos de corte para interpretar la escala aparecen en la Tabla 2.

Tabla 2 Puntos de corte por dimensiones de la ENAT

Rango	PFT	PNT	ESN
Bajo	≤6	11 - 14	8 - 9
Moderado	7 - 9	15 - 17	10 - 12
Alto	10 - 30	18 - 30	13 - 30

Referencias

- Doran J. C., Safran J. D., Waizmann V. Bolger K. & Muran J. C. (2012). The Alliance Negotiation Scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis, *Psychotherapy Research*, 22(6), 710-119 doi:10.1080/10503307.2012. 709326
- Peña, L. A. (2015). *Componentes que integran la negociación de la alianza terapéutica*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de las Américas, A. C., México.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (2000a). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, US: The Guilford Press.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (2000b). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and Integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233-243.

ESCALA DE NEGOCIACIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA

INSTRUCCIONES: Marque la opción que mejor describa su situación en terapia. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. Sus respuestas son muy importantes por lo que le pedimos responda con total sinceridad sabiendo que no hay

respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparta es estrictamente CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar; si tiene alguna duda, pregunte con confianza

Enunciados	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
1. Me siento cómodo(a) expresando decepción hacia mi terapeuta.					
2. Mi terapeuta me alienta a expresar cualquier sentimiento de enojo hacia él/ella durante el proceso terapéutico.					
3. Me siento cómodo(a) expresando mi frustración hacia mi terapeuta.					
4. Mi terapeuta me alienta a expresar cualquier inquietud que afecte mi progreso.					
5. Siento que puedo estar en desacuerdo con mi terapeuta sin dañar nuestra relación.					
6. Mi terapeuta es capaz de admitir que se equivoca cuando estamos en desacuerdo.					
7. Siento que mi terapeuta me dice lo que tengo hacer, sin considerar mis deseos y/o necesidades.					
8. Mi terapeuta es inflexible y no toma en cuenta mis deseos o necesidades.					
9. Mi terapeuta es rígido(a) en sus ideas con respecto a lo que hacemos en la terapia.					
10. Siento que mi opinión sobre lo que sucede en terapia no es tomada en cuenta.					
11. Simulo estar de acuerdo con las metas de mi terapeuta para que la sesión me sea más ligera.					
12. Mi terapeuta y yo no encontramos soluciones a nuestros desacuerdos.					

ESCALA DE ADHERENCIA A LA TERAPIA FAMILIAR

ISMAEL FERNANDO DÍAZ OROPEZA

Propósito de la medida

Este instrumento pretende medir el grado de adherencia de los clientes a la terapia familiar. La escala proporciona una medida que puede entenderse como el nivel de compromiso de los clientes hacia su propio proceso terapéutico, que se traduce en conductas como el mostrarse interesado en la terapia, la participación activa de los integrantes de la familia, la asistencia puntual a las sesiones y el considerar a la terapia, como algo útil, entre otros.

La importancia de identificar una falta de adherencia a la psicoterapia radica en que se puede considerar como un indicador para predecir el abandono o interrupción prematura del tratamiento, lo cual afecta a los clientes, a los familiares y a las instituciones que brindan este tipo de servicios (Álvarez, 2007).

Fundamento y constructos que mide

Para referirse a este constructo se han utilizado diversos términos lo que ha generado confusión y falta de acuerdo entre los profesionales e investigadores interesados en esta área (Libertad & Grau, 2004; Martín, 2004).

Una de las definiciones más aceptadas del constructo de adherencia terapéutica, es la de Di Mateo y Di Nicola (1985) quienes la conciben como un compromiso, una implicación activa y de colaboración voluntaria del cliente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con la finali-

dad de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado. En esta conceptualización se reconoce al cliente como un agente activo y se requiere que lleve a cabo acciones concretas para el avance del tratamiento (Basterra, 1999).

La adherencia abarca una amplia gama de conductas, entre las que se encuentran tomar parte y mantenerse en un plan de tratamiento, mantener la asistencia a las sesiones de terapia, participar activamente en las actividades y las tareas, llevar a cabo ajustes en el estilo de vida y apegarse al régimen terapéutico (Meichembaum & Turk, 1991).

En todo caso, es un fenómeno complejo que se desarrolla en la interacción entre el cliente y el terapeuta, aunque no existe un consenso respecto a los componentes que integran esta conducta, ni de las condiciones que la explican (Amigó, Fernández & Pérez, 1998). Algunos autores señalan que la adherencia no es una conducta única, sino que parece abarcar un conjunto de comportamientos, entre las que se incluyen realizar una serie de tareas tanto dentro como fuera de la sesión, negociar en conjunto con el terapeuta las metas del tratamiento, acudir puntualmente a las citas y percibir que se forma parte de un programa o plan terapéutico (Martín, 2004).

De esta forma, los conceptos o indicadores de la escala pretenden medir el grado de interés de la familia hacia el tratamiento, su nivel de involucramiento y participación

en las actividades terapéuticas y encontrar un sentido de utilidad a lo alcanzado en la terapia. Las dimensiones que integran el constructo son las siguientes:

Cumplimiento del tratamiento: indica el grado de compromiso del cliente con la terapia, el empeño con el que ejecuta las tareas y las actividades tanto dentro como fuera de las sesiones; se manifiesta mediante conductas como asistencia puntual a las sesiones o el hecho de avisar con antelación si no podrá asistir a la cita.

Involucramiento del cliente: el cliente percibe el tratamiento como útil, manifiesta interés en su proceso, participa junto con el terapeuta en el diseño de metas terapéuticas, tiene una actitud propositiva, comparte sus ideas con el terapeuta y la percepción de formar parte de un plan o programa de tratamiento. El cliente toma parte activa en la búsqueda de estrategias para garantizar el logro de dichas metas y lleva a cabo los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las tareas y las metas.

Colaboración terapeuta-cliente: se refiere al trabajo conjunto para el cumplimiento de las metas y de los acuerdos.

Validez y confiabilidad

Se trabajó con una muestra de 291 clientes que hubieran asistido por lo menos a 3 sesiones de terapia familiar, de los cuales 152 fueron mujeres y 139 hombres. Se utilizó el

análisis factorial exploratorio para determinar la validez de constructo de la escala. Se empleó la medida de adecuación a la muestra Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=.88$), que indica la factibilidad del análisis factorial y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2=705.34$, $gl=78$, $p=.00$), la cual indica que existen intercorrelaciones significativas entre las variables.

Para la extracción de los factores, se utilizó el método de componentes principales, se obtuvieron tres componentes siguiendo la regla de Kaiser que explican el 70.6 % de la varianza total. Se empleó un procedimiento de rotación de factores ortogonal, en la Tabla 1 se presenta la matriz de componentes rotados con sus respectivas cargas factoriales.

El factor 1 corresponde a la dimensión “involucramiento del cliente” e incluye los reactivos 6, 8, 9, 11, 13. El factor 2 es la dimensión “cumplimiento del tratamiento” y comprende los reactivos 4, 5, 7, 10, 12. El factor 3 es la dimensión “colaboración cliente-terapeuta” y abarca los reactivos 1, 2, 3.

Para determinar la consistencia interna, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, que arrojó un total de $\alpha=.90$, lo cual lo ubica como una confiabilidad elevada. También se efectuó este análisis por dimensiones, el coeficiente alfa para el cumplimiento del tratamiento fue de .72, la colaboración cliente-terapeuta de .79 y el involucramiento del cliente .78, los cuales indican una confiabilidad elevada.

Tabla 1 Matriz de componentes rotados

Reactivos	IC	CT	CCT
6. Me interesa el trabajo que...	.78	.26	.34
8. Me siento parte de un plan...	.80	.26	.20
9. Los que venimos a terapia...	.74	.37	-.05
11. Considero que es útil para...	.87	.06	.14
13. Me parece indispensable...	.62	.33	.22
4. Participo activamente en el...	.36	.62	.26
5. Hemos cumplido con las tareas...	.10	.88	.10
7. Trabajamos junto con el terapeuta...	.49	.54	.36
10. Constantemente estoy en la...	.28	.58	.26
12. Siento que los miembros de la...	.44	.57	.32
1. Asistimos a las sesiones...	-.09	.42	.76
11. Considero que la terapia es útil...	.49	.01	.77
3. Tengo la sensación de que el...	.32	.39	.69
Autovalores eigen	6.81	1.42	.93
Medias	23	21.6	13.4
% Varianza explicada	52.4	10.9	7.2
Desviación estándar	2.3	3.1	1.7

Nota: IC=Involucramiento del cliente, CT=Cumplimiento del tratamiento, CCT= Colaboración cliente-terapeuta

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

La escala es respondida por el cliente al concluir una sesión terapéutica. Puede utilizarse para monitorear el grado de adherencia, para lo cual se puede aplicar en cada una de las sesiones. También es posible aplicarla en la primera y en la última sesión para efectuar comparaciones en los cambios en el nivel de adherencia.

Se califica como una escala Likert tradicional por lo que para obtener las puntuaciones es necesario sumar los reactivos en cada una de las dimensiones. Para la dimensión “cumplimiento del tratamiento” es preciso sumar los reactivos 4, 5, 7, 10, 12. La dimensión “involucramiento del cliente” comprende los

reactivos 6, 8, 9, 11, 13 y por último, la dimensión “colaboración cliente-terapeuta” abarca los reactivos 1, 2, 3. Todos los reactivos son de orientación positiva, por lo que no es necesario invertir la escala de calificación.

Con las puntuaciones obtenidas por los participantes, se obtuvieron los puntos de corte mediante cuartiles. Se dividieron las puntuaciones en niveles bajo, moderado y alto. Para valorar la puntuación obtenida por un cliente, se tiene que clasificar en el rango que le corresponde, de acuerdo a la Tabla 2, donde se observan los rangos de interpretación de los puntajes como bajos, moderados o altos.

Tabla 1 Puntuaciones de la adherencia por dimensiones

Dimensión	Bajo	Moderado	Alto
Involucramiento	16 - 22	23 - 24	25
Cumplimiento	10 - 20	21 - 22	23 - 25
Colaboración	7 - 13	14	15

Nota: n= 291

Estas puntuaciones en las tres dimensiones de involucramiento, cumplimiento y colaboración representan en su conjunto una medida del grado de adherencia a la terapia por parte de los clientes y los valores corresponden a la muestra estudiada. Sin embargo, resulta necesario medir este constructo en otro tipo de clientes, para comprobar estos valores.

Referencias

- Álvarez, A. (2007). Formación del terapeuta infantil con enfoque cognitivo-conductual. *Informe Profesional de Servicio Social no publicado*. México: UNAM.
- Amigó, I., Fernández, C., Pérez, M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En Amigó, I. (Ed). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid, España: Pirámide.
- Basterra, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care*, 1(1), 97-106.
- Di Mateo, R., Di Nicola, D. (1985). *Achieving patient compliance. The psychology of the Medical Practitioner's role*. New York, E.E.U.U: Pergamon.
- Libertad, A., Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-99.
- Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4), 350-352. Recuperado el 6 de noviembre de: http://scielopruebasld .cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466200400400008&lng=&nrm=iso &tlng=
- Meichembaum, D., Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

ESCALA DE ADHERENCIA A LA TERAPIA FAMILIAR

INSTRUCCIONES: Marque la opción que mejor describa su situación en terapia o con su terapeuta. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas y trate de responder de la forma más honesta posible. En donde 1 es muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 de acuerdo y 5 muy de acuerdo.

Sus respuestas son muy importantes por lo que le pedimos responda con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparta es estrictamente CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar; si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

Reactivos	1	2	3	4	5
1. Asistimos a las sesiones de terapia puntualmente.					
2. Considero que la terapia es útil para mi familia.					
3. Tengo la sensación de que el terapeuta y yo trabajamos juntos en esta terapia.					
4. Participo activamente en el establecimiento de metas para esta terapia.					
5. Hemos cumplido con las tareas que nos deja el terapeuta para trabajar fuera de la sesión.					
6. Me interesa el trabajo que estamos realizando dentro de la terapia.					
7. Trabajamos junto con el terapeuta para alcanzar nuestras metas.					
8. Me siento parte de un plan de tratamiento que ayuda a mi familia.					
9. Los que venimos a terapia colaboramos con el terapeuta para lograr acuerdos.					
10. Constantemente estoy en la búsqueda de opciones que nos permitan alcanzar nuestras metas.					
11. Considero que es útil para nuestra familia trabajar en conjunto con el terapeuta.					

ACTITUDES POSITIVAS HACIA LA VIDA

La actitud consiste en la predisposición y formas habituales de sentir, pensar y actuar. Una actitud positiva se refiere a mantener una visión subjetiva ante la vida caracterizada por el optimismo y la esperanza. Esta actitud permite al individuo afrontar las situaciones vitales a través de la movilización de sus recursos personales. Las actitudes de la persona consigo misma constituyen un mecanismo autorregulador que le permite interpretar experiencias, manejar las emociones, iniciar comportamientos y experimentar un sentido de continuidad en su día a día.

Tradicionalmente la Psicología se centra en el estudio de los déficits y patologías y no en comprender la resiliencia, los recursos y las fortalezas. Es a finales del siglo XX que los psicólogos empiezan a investigar las características positivas que influyen en la percepción de bienestar de las personas. El conocimiento de esas actitudes positivas que guían cogniciones, conductas y emociones permite emprender estrategias y desarrollar intervenciones terapéuticas que promuevan cambios favorables centrándose en los recursos para empoderar a la persona.

Vemos así que estudiar las actitudes positivas permite crear un mapa de las potencialidades ya presentes en cada persona y en el siguiente apartado encontramos dos ejemplos de escalas:

la Escala de Bienestar Psicológico (EBP), basada en el trabajo de Díaz et al. (2006) que mide la vivencia subjetiva de la persona, que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida, un balance

entre expectativas y logros, tanto a nivel personal y de trabajo.

la Escala de Construcción de Soluciones (ECS), es una medida de autorreporte que permite evaluar algunos aspectos que intervienen en el proceso de solución de problemas a los que cualquier individuo puede enfrentarse en su vida cotidiana. La ECS puede utilizarse como una herramienta para valorar la forma en que el individuo enfrenta los problemas, con base en un sistema de pensamiento orientado hacia la solución, las emociones positivas y las relaciones positivas.

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO (EBP)

MARÍA M. LOZANO ÁLVAREZ

BLANCA ELBA GARCÍA Y GARCÍA

Propósito de la medida

El bienestar psicológico es resultado de la evaluación que hace la persona de sus expectativas y las metas alcanzadas en las diferentes áreas de su vida como son el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales de vida, las relaciones interpersonales, y las relaciones afectivas. La Escala de Bienestar Psicológico (EBP) mide la percepción que la persona tiene sobre los logros alcanzados en su vida y el grado de satisfacción personal con lo que hizo, hace o puede hacer, desde una mirada estrictamente personal.

La EBP puede ser utilizada como herramienta diagnóstica, para detectar mecanismos resilientes o conocer los efectos de alguna intervención psicológica social o educativa.

Fundamento y constructos que mide

El bienestar psicológico es un constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo de la persona acerca de sí misma, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social. Posee tanto elementos reactivos y transitorios vinculados a la esfera emocional como elementos estables que son expresión de lo cognitivo, de lo valorativo y son influidos por la personalidad y por las circunstancias sociales y medio ambientales en las que se desarrolla la vida de la persona.

Medir el bienestar psicológico implica medir más que la percepción de ser feliz, Venhoven (1991) define el bienestar como el grado en que un individuo juzga la totalidad de su vida en términos favorables.

En el estudio del bienestar hay dos posturas principales; una pasa por considerar al bienestar psicológico desde una perspectiva hedonista centrada en la felicidad y el placer y la postura eudamónica (Ryff, 1989, 2014), que se asocia con la sensación de que hay un sentido y un propósito en la vida. Esta autora expresa que en general se ha considerado el bienestar psicológico como la ausencia de malestar o de trastornos psicológicos, ignorando las teorías sobre la autorrealización, el ciclo vital, el funcionamiento mental óptimo y el significado que las personas dan a sus vidas. El bienestar estaría compuesto por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos-emocionales y otra en la evaluación de la satisfacción que la persona tiene con su propia vida (Ryff 1989; Ryff & Keynes, 1995).

Para Ryff (1989) el bienestar psicológico se compone de seis dimensiones:

Autoaceptación que es el conocimiento y la aceptación de las propias habilidades y limitaciones.

Relaciones positivas que es la capacidad de mantener relaciones positivas con otras personas y tener amigos en quienes confiar. Autonomía que permite a la persona

concebirse a sí misma viviendo de acuerdo a sus convicciones, manteniendo su independencia y autoridad personal.

Dominio del entorno que habla de la capacidad de elegir o crear un ambiente favorable para alcanzar sus objetivos.

Propósito de vida que es la capacidad de la persona para desarrollar sus potencialidades.

Crecimiento personal que implica el uso que la persona hace de sus potencialidades.

Para medir estas dimensiones la autora desarrolló la Escala de Bienestar Psicológico (SPWB por sus siglas en inglés) en su versión larga que contenía un total de 20 ítems por dimensión y una versión corta con nueve reactivos por dimensión (Ryff & Keyes, 1995). En 2004 van Dierendonck propone una versión corta de 39 reactivos (entre 6 y 8 ítems por dimensión) que mantiene una buena consistencia interna. Díaz et al. (2006) toman la escala de van Dierendonck adaptándola y validándola en población española resultando en un instrumento de 29 ítems que miden las seis dimensiones propuestas por Ryff con un alfa de Cronbach que va de .70 a .84.

Para este estudio se replicó el instrumento de Díaz et al. (2006), tomando su propuesta de 29 reactivos y se evaluó la consistencia interna y validez factorial de la escala en población mexicana. Los resultados mostraron que, a diferencia del instrumento de Díaz et al. (2006), la solución factorial final arrojó 2 factores que explicaban el 60.4% de la varianza:

Bienestar Positivo con 14 reactivos (1, 4, 5, 8, 9,10, 11, 12, 13, 15, 16,18, 19 y 20) que miden la apreciación positiva que la persona tiene de sí mismo, de sus habilidades, de su capacidad para el logro de objetivos, del dominio de su entorno y de su vida en general.

Bienestar Negativo con 6 reactivos (2, 3, 6, 7, 14 y 17) que miden la valoración negativa que hace la persona de su capacidad para relacionarse, para alcanzar objetivos, para ser reconocido y apreciado por los demás.

Validez y confiabilidad

La muestra estuvo integrada por un total de 248 participantes de los cuales 150 eran mujeres (60.5%) y 98 hombres (39.5%) y cuyas edades fueron de los 17 años a los 84 con una media de 39.4 años. El rango del nivel de estudios de los participantes va de estudios de primaria a estudios de posgrado.

Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio para determinar la validez de constructo de la escala empleando la medida de adecuación a la muestra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO =.94) que indica la viabilidad del análisis factorial y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2=3851.23$, gl =190, p =.00), mostrando correlaciones significativas entre variables (la rotación convergió en 3 iteraciones). Se obtuvieron dos factores que explican el 60.07% de la varianza total como se muestra en la Tabla 1. para empoderar a la persona.

Tabla 1 Matriz de componentes rotados

Reactivos	BP	BN
1. Cuando repaso la historia de mi vida...	.74	.31
4. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar...	.79	.15
5. En general, me siento seguro y positivo conmigo...	.69	.29
8. Soy una persona activa al realizar los proyectos...	.83	.24
9. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas...	.65	.14
10. En general siento que soy responsable de la...	.73	.27
11. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho ...	.84	.28
12. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente...	.80	.28
13. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi...	.78	.27
15. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida...	.75	.31
16. En general, con el tiempo sigo aprendiendo más...	.77	.25
18. En su mayor parte, me siento orgullosos de quien...	.80	.25
19. Tengo la sensación de que con el tiempo...	.84	.18
20. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de...	.85	.21
2. Me preocupa como otra gente evalúa las...	.19	.70
3. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino...	.22	.71
6. No tengo muchas personas que quieran...	.38	.66
7. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente...	.04	.81
14. Las demandas de la vida diaria a menudo me...	.27	.63
17. No he experimentado muchas relaciones...	.30	.63
% Varianza explicada	44.8%	19.18%
Valor Eigen	8.97	3.83
Alfa Cronbach	.96	.82
Media	39.17	14.13
Desviación estándar	14.86	6.28

Nota: BP = Bienestar Positivo, BN= Bienestar Negativo. cliente-terapeuta.

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

La EBP es autoaplicable y se compone de 20 reactivos con escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos donde 0 = totalmente en desacuerdo y 4 = totalmente de acuerdo. Para la calificación se suman los puntajes de cada reactivo y se puede interpretar por factores o por puntuación

total como se muestra en la Tabla 2. Lo deseable es que la persona tenga rangos de normal a alto en el factor de bienestar positivo y rangos de normal a bajo en el bienestar negativo. Para la puntuación total de la escala lo ideal son puntajes de normal a alto.

Tabla 2 Criterios de Interpretación de la escala por factores.

Factor	Bajo	Normal	Alto
Bienestar Positivo	0 - 33	34 - 49	50 - 56
Bienestar Negativo	0 - 9	10 - 18	19 - 24
Bienestar Total	0 - 44	45 - 67	68 - 80

Referencias

- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719 - 727.
- Ryff, C.D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 10-28.
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extensión with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-644.
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24, 1-34.

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO

INSTRUCCIONES: Lea con atención el siguiente cuestionario e indique que tan de acuerdo o en desacuerdo esta con respecto a cada afirmación, en donde 0 es totalmente en desacuerdo y 4 es totalmente de acuerdo. Sus respuestas son muy importantes por lo que le pedimos responda

con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparta es estrictamente CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar; si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

Reactivos	0	1	2	3	4
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.					
2. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.					
3. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.					
4. Disfruto haciendo planes para futuro y trabajar para hacerlos realidad.					
5. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.					
6. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.					
7. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mi.					
8. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mi mismo.					
9. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.					
10. En general siento que soy responsable de la situación en la que vivo.					
11. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.					
12. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.					
13. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.					
14. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.					
15. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.					
16. En general, con el tiempo sigo aprendiendo más sobre mi mismo.					
17. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.					
18. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.					
19. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.					
20. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.					

ESCALA DE CONSTRUCCIÓN DE SOLUCIONES

MARÍA LUISA PLASENCIA VILCHIS

Propósito de la medida

La escala de construcción de soluciones (ECS) permite valorar algunos aspectos que intervienen en el proceso de solución de problemas a los que una persona puede enfrentarse en su vida cotidiana. La ECS puede utilizarse como una herramienta de evaluación que muestre la forma en que el individuo enfrenta problemas, con base en la orientación hacia la solución, las emociones positivas y las relaciones positivas. En el área clínica se puede emplear como un indicador de progreso terapéutico o bien como herramienta para generar conversaciones enfocadas en las soluciones. Además, podría ser una herramienta que permita explorar el desarrollo de habilidades de solución, los recursos y las fortalezas que este proceso evoca y activa.

Fundamentos y constructos que mide

Este instrumento está fundamentado en la perspectiva de fortalezas y en ideas que Shotter llama “filosofía práctica” (Anderson, 2012) cuyo énfasis está en lo relacional; se basa en la construcción de soluciones en lugar de la resolución de problemas. De Shazer y cols. (1986) y De Shazer y Dolan (2007) consideran que las soluciones son cambios en la percepción o en las pautas de interacción y de vida, en conjunto con los significados que se asignan a la experiencia; así como cambios en las experiencias emocionales (Lipchik, 2002). Estas transformaciones más que estar dirigidas por experiencias pasadas debieran estar orientadas por el futuro, es decir, por

descripciones que la persona realiza donde el problema no se encuentre presente (De Shazer & Dolan, 2007).

Las personas poseen fortalezas y recursos, cuentan con lo necesario para construir alternativas a sus problemas. Es en el encuentro cotidiano con los otros, donde se responden mutuamente (Shotter, 2010), que se da la posibilidad de ser movido, de cambiar la forma de ver, de escuchar y de relacionarse, de ahí la importancia de las relaciones al construir soluciones.

La dimensión de las emociones positivas surge al integrar la teoría de la ampliación y construcción de Fredrickson (1998, 2013) que establece que las emociones positivas generan recursos que las personas utilizan cuando se enfrenta a dificultades de la vida, amplían el repertorio de respuesta de una persona, facilitan y generan flexibilidad de comportamientos (Fredrickson, 1998). Como bien señala Damasio (2010) la emoción consigue transformar los temas de nuestros pensamientos, de manera que el contexto cognitivo se mantenga armónico con la emoción, por lo que son esenciales para la toma de decisiones.

La investigación realizada para validar la ECS (Plasencia, 2014), muestra la construcción de soluciones como un constructo conformado por tres componentes: 1) pensamiento orientado a soluciones, 2) emociones positivas y 3) relaciones positivas.

El primer componente pensamiento orientado a soluciones se conforma de tres factores:

La esperanza, surge de la confianza en que el panorama a futuro será diferente, que es negociable, se puede crear y no está infaliblemente ligado a las dificultades del pasado.

La búsqueda de excepciones consiste en encontrar evidencias en la vida de la persona (presente o pasada) donde el problema no se presenta y si lo hace es de forma diferente; se refiere a la posibilidad de recuperar del pasado éxitos y logros frente a los problemas, además incluye evidencia de la forma en cómo se han solucionado situaciones difíciles.

La activación de recursos comprende la percepción que tiene la persona sobre su futuro sin el problema; la utilización de sus fortalezas, habilidades y recursos para lograr soluciones.

El segundo componente emociones positivas está conformada por dos factores:

Orgullo que alude a la sensación agradable que se experimenta ante los logros y el propio desempeño.

Alegría, implica un estado de ánimo confortable, sentirse vivo y animado, con energía y disposición.

El tercer componente relaciones positivas consta de dos factores:

Las relaciones de apoyo que abarcan los vínculos del sujeto en los que es capaz de reconocer el apoyo, la validación, la aceptación y reconocimiento que las personas le brindan. Son relaciones donde existe el

intercambio de comunicación, solidaridad y confianza.

La conexión positiva incluye la capacidad o habilidad para relacionarse con los demás a través de percibir y reconocer afecto, así como expresar empatía hacia otros.

Validez y confiabilidad

Se obtuvo la validez y confiabilidad de cada componente por separado, en una muestra de 378 jóvenes, con una media de 20 años, de los cuales, el 30% fueron hombres y el 70% mujeres.

Para el componente pensamiento orientado a soluciones, el resultado del análisis factorial exploratorio con rotación oblicua, arrojó tres factores con un KMO=.91, el test de esfericidad de Bartlett $\chi^2 = 2381$, $gl=136$, $p=.00$ y la varianza total explicada 53.8%. Como se muestra en la Tabla 1 el primer factor esperanza, incluye ocho reactivos con cargas factoriales que van del .54 al .74. La confiabilidad fue alta, al presentar un alfa de Cronbach de .83, la varianza fue de 22.8 y la media obtenida en la muestra fue alta, de 40.7.

El segundo factor búsqueda de excepciones conformado por cinco reactivos con cargas factoriales que oscilan entre .50 y .69, con una varianza del 16.5% y valor eigen de 2.1. La confiabilidad presentó un alfa de Cronbach de .73 y una media alta de 26.6.

El tercer factor activación de recursos conformado por cuatro reactivos con cargas factoriales de entre .51 y .79, con una varianza del 14.5% y un valor eigen de 2.4. La confiabilidad fue alta, presentó un alfa de Cronbach de .80 y una media alta de 19.7.

Para el segundo componente emociones positivas la solución factorial como se muestra en la Tabla 2, arrojó dos factores con un KMO=.81, el test de esfericidad de Bartlett $\chi^2= 560$, $gl=45$, $p=.00$, una varianza total de 45%, con un total de ocho reactivos.

El primer factor orgullo está conformado por cinco reactivos que explican el 26.4% de la varianza con un valor eigen de 2.6. El

análisis de confiabilidad presentó un alfa de Cronbach de .76 y una media alta de 25.5, lo que coloca a esta emoción como la de mayor relevancia en la muestra estudiada.

El segundo factor alegría conformada por tres reactivos que explican el 18.5% de la varianza con un valor eigen de 1.8. La confiabilidad presentó un alfa de Cronbach de .62.

Tabla 1 Matriz de componentes rotados del componente pensamiento orientado a soluciones.

Reactivos	E	BE	AR
Me siento capaz de cumplir...*	.57	.41	.20
Tengo una gran confianza...**	.74	.22	.22
Espero el futuro...**	.72	.11	.15
Espero más épocas...**	.61	.21	.11
Cuando no estoy bien...***	.61	.20	.00
Espero más cosas...***	.65	-.06	.24
Lo que me ha ocurrido...***	.54	.43	.05
Mi futuro pinta...***	.55	.22	.24
Mis pasadas experiencias...	.45	.50	.16
Espero conseguir...**	.22	.67	.02
He podido resolver...	.18	.69	.25
He dado pasos...	.30	.58	.16
Ha habido momentos...	.01	.68	.19
Puedo darme cuenta...	.13	.40	.75
Soy creativo...	.11	.10	.79
Genero la solución...	.27	.11	.77
Pase lo que pase...***	.44	.25	.51
Porcentaje de Varianza Explicada	22.8	16.5	14.5
Alfa de Cronbach	.83	.73	.80
Valor eigen	3.8	2.8	2.4
Media	40.7	26.6	19.7
Rango de la escala	8-48	5-30	4-24

*Reactivo adaptado de la Escala de Agencia Personal y Empoderamiento (ESAGE), Pick (et al., 2007). **Reactivos adaptados de la Escala de Desesperanza de Beck; Weissman; Lester & Trexler (1974). ***Reactivos tomados o adaptados de la Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M), (Palomar & Gómez, 2010).

Nota: E=Esperanza, BE=Búsqueda de excepciones, AR=Activación de recursos

Tabla 2 Matriz de componentes rotados del componente emociones positivas.

Reactivos	Orgullo	Alegría
A menudo me siento...	.70	.28
Me siento orgulloso...	.76	.29
En el último mes...	.60	.14
Mis logros...	.67	.07
Me tranquilizo...	.71	.03
Vivo la vida...	.38	.74
En la última...	.13	.69
Me divierto...	.07	.70
Porcentaje de Varianza Explicada	26.4	18.5
Alfa de Cronbach	.76	.62
Valor eigen	2.6	1.8
Media	25.5	5.1
Rango de la escala	5 - 30	3 - 18

Tabla 3 Matriz de componentes rotados del componente relaciones positivas.

Reactivos	Relaciones de apoyo	Conexión Positiva
Cuando necesito...	.57	.18
Las personas a mí...	.66	.25
En las buenas...	.75	.18
Tengo algunos...*	.75	.22
Tengo algunos amigos...*	.78	.17
Generalmente tengo...*	.78	.10
Tengo algunos...*	.80	.12
Por lo regular...	.55	.44
Me siento cómodo...*	.16	.82
Disfruto estar...*	.21	.75
Durante el día siento....	.35	.53
Me resulta fácil...*	.09	.73
Porcentaje de Varianza Explicada	31.3%	18.1%
Alfa de Cronbach	.89	.751
Valor eigen	4.3	2.5
Media	41.4	19
Rango de la escala	8 - 48	4 - 24

*Reactivos tomados o adaptados de la Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M), (Palomar & Gómez, 2010).

El tercer componente relaciones positivas arrojó dos factores explicando el 49.5% de la varianza, con un KMO=.91 y test de esfericidad de Bartlett $\chi^2=2277$, $gl=91$, $p=.00$. En la Tabla 3 se observa que el primer factor relaciones de apoyo consta de ocho reactivos con una varianza de 31.3% y un valor eigen 4.3. El análisis de confiabilidad presentó un alfa de Cronbach de .89 y una media alta de 41.4. El segundo factor conexión positiva consta de cuatro reactivos con una varianza del 18.1% y un valor eigen 2.5. La confiabilidad presentó un alfa de Cronbach de .75 y una media alta de 19.

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

El cuestionario está diseñado para jóvenes y adultos de 16 años de edad en adelante. Se contesta en una escala tipo Likert del 1 totalmente en desacuerdo al 6 totalmente de acuerdo y es autoaplicable. Los puntajes de cada componente se suman de manera independiente, a mayor puntaje se incrementa la presencia del componente (ver Tabla 4).

Tabla 4 Matriz de componentes rotados del componente relaciones positivas.

Rango	Dimensión Pensamiento Orientado Soluciones (POS)	Dimensión Emociones Positivas (EP)	Dimensión Relaciones Positivas (RP)
Bajo	17 - 88	8 - 40	12 - 61
Moderado	89 - 94	41 - 44	62 - 66
Alto	95 - 102	45 - 48	67 - 72

Referencias

- Anderson, H. (2012). Relaciones de colaboración y conversaciones dialógicas: ideas para una práctica sensible a lo relacional. *Family Process*, 51(1), 1-20. doi: 10.1111/j.1545-5300.2012.01385.x
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Madrid, España: Destino Booket.
- De Shazer, S., Berg, I., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, E., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief Therapy: Focused Solution Development. *Family Process*, 25, 207-221. doi: 10.1111/j.1545-5300.1986.00207.x
- De Shazer, S., & Dolan, Y. (2007). *More than miracles*. USA: Taylor & Francis Group, LLC.
- Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.300
- Fredrickson, B. (2013). Positive emotions: Broaden and build. *Advances on Experimental Social Psychology*, 47, 1-53. doi: 10.1016/B978-0-12-407236-7.00001-2
- Lipchik, E. (2002). *Terapia centrada en soluciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- McKeel, J. (2011, November). *Solution-focused Therapy Research: A Common Factors Perspective*. Workshop at the SFBTA Annual Conference. Recuperado de Salud Cavia <http://www.sfbta.org/conferences/2011.html>
- Palomar, J. & Gómez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Pick, S., Sirkin, J., Ortega, I., Osorio, P., Martínez, R., Xocolotzin, U., & Givaudan, M. (2007). Escala para medir agencia personal y empoderamiento. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(3), 295-304.
- Plasencia, M.L. (2014). *La construcción de soluciones y sus componentes: pensamiento orientado a soluciones, emociones y relaciones positivas*. Tesis doctoral no publicada. UDLA, México.
- Shotter, J. (2010). Movements of feeling and moments of judgement: Towards an ontological social constructionism. *International Journal of Action Research*, 6(1). doi: 10.1688/1861-9916

ESCALA CONSTRUCCIÓN DE SOLUCIONES

INSTRUCCIONES: Por favor lea las siguientes afirmaciones e indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada declaración. El 1 representa su total desacuerdo y el 6 su total acuerdo. Sus respuestas son muy importantes por

lo que le pedimos responda con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparte es CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar; si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

Afirmaciones	1	2	3	4	5	6
1. Las personas a mí alrededor me aprecian por lo que soy.						
2. Tengo una gran confianza en el futuro.						
3. En la última semana me he sentido alegre.						
4. Tengo algunos amigos/familiares que realmente se preocupan por mí.						
5. Mis logros me hacen sentir orgulloso.						
6. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la mayoría de la gente espera.						
7. Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos.						
8. Durante el día siento que mis relaciones sociales son cercanas y valiosas.						
9. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.						
10. Espero conseguir lo que realmente deseo.						
11. Me tranquilizo cuando observo mis logros.						
12. He dado pasos para mejorar mi vida.						
13. Ha habido momentos en mi vida en que he sido capaz de manejar adecuadamente las dificultades.						
14. Puedo darme cuenta de mi habilidad para solucionar problemas.						
15. Generalmente tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.						
16. Genero la solución a un problema, aunque otros digan que no la hay.						
17. Pase lo que pase siempre encontraré una solución.						
18. A menudo me siento orgulloso/a de mi mismo.						

Afirmaciones	1	2	3	4	5	6
19. Tengo algunos amigos/familiares que valoran mis habilidades.						
20. En el último mes estuve orgullosa/o por mi desempeño.						
21. Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores.						
22. Me resulta fácil hacer nuevos amigos						
23. Vivo la vida con alegría.						
24. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo						
25. Me divierto fácilmente.						
26. Cuando necesito ayuda, siempre encuentro una mano amiga que me ayude.						
27. Me siento capaz de cumplir lo que me propongo.						
28. En las buenas y en las malas estoy acompañado/a.						
29. Me siento orgulloso de la vida que he logrado.						
30. Tengo algunos amigos/familiares que me alientan.						
31. Soy creativo/a construyendo soluciones.						
32. Espero más épocas buenas que malas.						
33. Me siento cómodo/a con otras personas.						
33. Me siento cómodo/a con otras personas.						
34. Disfruto estar con otras personas.						
35. Mi futuro pinta bien.						
36. He podido resolver situaciones difíciles en el pasado.						
37. Por lo regular me siento querido/a.						

EDUCACIÓN Y TRABAJO

La escuela representa un contexto social que va más allá de las instalaciones y los programas. En ella existen una gran diversidad de relaciones que repercuten profundamente la formación de los escolares. Poco se piensa en ellas cuando los niños y jóvenes son matriculados, se cree que la finalidad de la escuela gira alrededor del desarrollo de habilidades académicas y de la obtención de conocimiento. Si bien esta puede ser su labor principal, al interior de los planteles se propician fenómenos psicosociales derivados de las relaciones entre profesores, alumnos, personal administrativo y directivos que pueden favorecer o entorpecer el trabajo académico.

Con la intención de contar con instrumentos objetivos que nos permitan evaluar dichos fenómenos, en este apartado se incluyen tres instrumentos de medición. Así tenemos el cuestionario Clima del Aula, una contribución original de la autora que centra su visión en el ambiente social que se genera en los procesos de interacción dentro del salón de clases, tales como relaciones entre maestro-alumno, alumno-alumno, alumno-materia. Es el espacio aúlico el lugar más cercano al alumno dentro de la escuela y donde pasa el mayor tiempo; es ahí donde aprende diversos saberes, guarda sus útiles escolares, se ponen a prueba sus habilidades cognoscitivas, etc. Justamente el cuestionario aquí presentado permite conocer la percepción del estudiante sobre que tan favorable o estimulante le resulta su paso por el salón de clases.

También se presentan dos escalas de las problemáticas más difíciles de manejar en las escuelas: los problemas de conducta y el acoso escolar. A diferencia de otras herramientas tradicionales, las que aparecen

en esta sección, van encaminadas a que sea el propio estudiante el que evalúe en qué medida se compromete con la realización de comportamientos perturbadores del ambiente escolar o actos abusivos hacia los compañeros. La Escala de Problemas de Conducta, una escala original de la autora, lleva al adolescente a señalar con qué frecuencia comete actos que desordenan las actividades normales de la escuela. Esta herramienta puede ayudar al escolar a tomar conciencia de sus acciones perturbadoras al enfrentarse a calificar el grado en que realiza comportamientos disruptivos. Por su parte, la Escala Illinois de Bully, una traducción y adaptación de la propuesta por Espeleage y Holt en 2001, no sólo nos permite conocer la frecuencia con que los alumnos juegan los papeles de víctima o victimario. Esta medida a diferencia de muchas otras nos permite conocer como se mueve el continuo víctima-victimario, pues dependiendo de los diversos escenarios y condiciones bajo las cuales se presenta el acoso escolar, se ha encontrado que un mismo estudiante puede jugar uno u otro rol.

Finalmente se cuenta con una herramienta unidimensional original del autor, para medir el grado satisfacción laboral. Variable por demás importante si consideramos que las personas pasan más de la tercera parte del día en sus organizaciones de trabajo. Existe una larga historia de investigación de este fenómeno, lo que muestra su importancia puesto que es un termómetro por excelencia de cómo se sienten las personas en sus ambientes laborales, es un predictor de productividad y calidad de desempeño. No se debe olvidar que el éxito de cualquier organización depende en gran medida de la satisfacción con la que los trabajadores realizan sus actividades diarias.

CUESTIONARIO CLIMA DEL AULA

CAROLINA RUIZ FLORES

Propósito de la medida

Este cuestionario es útil para evaluar la percepción que tienen los estudiantes de los procesos de interacción que se producen en el salón de clases relacionadas con el profesor y los compañeros de clase, así como el grado de interés por la materia a la que asisten. Puede ser utilizado como una herramienta diagnóstica, o para conocer el ambiente social que se produce dentro de las aulas asociado a los aspectos que se miden.

Fundamento y constructos que mide

El clima del aula se define como una dimensión emergente de las relaciones que los estudiantes y maestros establecen entre sí, es la percepción que tienen los alumnos de las normas, hábitos, rituales y prácticas sociales que caracterizan el entorno del salón de clases (Ruiz, 2016). Como vemos es el resultado de un proceso de interacción en el que influyen diversas variables tales como las características físicas del lugar, las particularidades de los estudiantes, del docente, de la materia, de las estrategias de enseñanza, de las relaciones entre compañeros, las expectativas sobre el profesor, la relación maestro-alumno, etc. (Ascoria, Arias & Graff, 2003; Brown & Medway, 2007). Este proceso psicosocial está directamente relacionado con el desempeño académico, el aprendizaje y los resultados obtenidos por los estudiantes (Supovitz, Sirinides & May, 2010). Para la elaboración del cuestionario se tomaron como punto de partida las propuestas de Mikulic y Casullo (2006), Sink (2005) y de Moos (1979) quienes han elaborado distintos inventarios para evaluar el

ambiente o clima de los salones de clase de estudiantes de diversos niveles educativos. De esta forma las dimensiones o factores que son evaluados son los siguientes:

Interés y motivación del maestro. Se refiere a la motivación que imprime el maestro en el estudiante, así como el interés que muestra por él y la confianza con la que puede acercarse a él.

Habilidades didácticas del maestro. Es la percepción que tienen los estudiantes del conocimiento que tiene el profesor de su materia, la claridad con que explica los conceptos, así como su capacidad y habilidad para impartir su clase y organizar las actividades del curso.

Interés por la materia. Esta dimensión mide el grado en que el estudiante considera que la materia se relaciona con sus intereses y gustos. Se caracteriza por el gusto que el estudiante tiene por la materia, el interés y atractivo de las actividades.

Pertenencia al grupo. Es la percepción del estudiante relacionada con sentirse integrado a su grupo, en términos de acciones cooperativas entre los compañeros, considerando que son buenos amigos y es agradable estar con ellos. El estudiante se siente valorado como persona dentro del grupo, lo que le permite trabajar de manera colaborativa con sus pares.

Ambiente cordial y respetuoso. Esta dimensión corresponde a la valoración que hace el estudiante sobre como el profesor propicia un ambiente de cordialidad y respeto al interior del salón de clase.

Tabla 1 Matriz de componentes rotados del cuestionario de clima del aula.

Reactivos	IMM	HDM	IM	PG	ACR
3. El maestro me motiva...	.49	.30	.37	.03	.30
13. El maestro fomenta...	.48	.32	.23	.16	.19
14. El maestro se interesa...	.58	.37	.17	.03	.28
20. El maestro me ayuda...	.78	.07	.11	.13	.08
25. El maestro toma en...	.58	.37	.06	.29	.12
27. El maestro se interesa...	.80	.12	.13	.16	.08
33. El maestro se interesa...	.59	.43	.20	.14	.18
34. El maestro me motiva...	.61	.36	.33	.09	.16
39. El maestro tiene una...	.61	.39	.12	.15	.26
41. Cuando algo sale mal...	.54	.44	.22	.07	.27
45. Puedo confiar en mi...	.55	.18	.09	.22	.40
1. El maestro aclara mis dudas	.36	.60	.16	-.04	.31
2. El maestro explica...	.36	.58	.27	-.00	.28
18. El maestro generalmente...	.23	.71	.06	.22	.13
19. El maestro confía en...	.49	.57	.19	.13	.13
22. Las actividades en clase...	.16	.62	.12	.35	.07
31. El maestro acepta mis...	.46	.52	.10	.24	.14
37. El maestro define el tipo...	.16	.65	.26	.12	.23
11. Me gusta estudiar para...	.10	.07	.83	.05	.14
23. Me interesa esta materia	.20	.26	.76	.21	.01
36. Me gusta esta materia	.18	.16	.85	.09	.00
54. Las actividades en clase...	.36	.17	.53	.03	.47
24. Me siento parte del grupo	.17	.31	.09	.79	-.05
28. Me siento bien en el grupo	.19	.16	.06	.81	.09
49. Trabajo de manera...	.13	.07	.16	.53	.46
56. Tengo buenos compañeros...	.129	.01	.10	.68	.37
42. El maestro me valora...	.46	.24	.11	.22	.48
52. El maestro propicia...	.32	.26	.11	.12	.65
55. El maestro es respetuoso	.15	.31	.01	.22	.66
% Varianza	43.71	6.77	5.72	3.90	3.56
Valor Eigen	12.67	2.9	1.6	1.1	1.03
Alfa Cronbach	.92	.87	.84	.80	.78
Media	35.68	20.93	12.5	14.1	10.40
Desviación estándar	6.939	3.23	3.06	2.13	1.764

Nota: IMM= Interés y Motivación del Maestro; HDM= Habilidades didácticas del Maestro; IM= Interés por la Materia; PG= Pertenencia a un grupo; ACR=Ambiente cordial y respetuoso

Validez y confiabilidad

Después de realizar el análisis factorial con rotación ortogonal, se encontró que el coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin es alto (KMO=0.96) y la prueba de esfericidad de Bartlett es alta y significativa ($\chi^2=1266$, $gl=406$, $p=.00$). Ambas medidas muestran la pertinencia del análisis factorial, pues se tiene una matriz de intercorrelaciones significativas entre los reactivos. Dicho análisis produjo las cinco dimensiones que aparecen en la Tabla 1.

Interés y motivación del maestro presenta un porcentaje de varianza explicada del 43.71 y un valor eigen de 12.67. Esta dimensión se encuentra definida por once reactivos con cargas factoriales que oscilan entre .48 a .80. El alfa de Cronbach para esta dimensión fue de .92.

Habilidades didácticas del maestro, presenta un porcentaje de varianza explicada del 6.77 y un valor eigen de 2.9. Esta dimensión contiene siete reactivos con cargas factoriales que oscilan entre el .52 a .71. El alfa de Cronbach para esta dimensión fue de .87.

Interés por la materia, presenta un porcentaje de varianza explicada del 5.72 y un valor eigen de 1.6. Esta dimensión se encuentra definida por cuatro reactivos con cargas factoriales que oscilan entre .53 a .86. El Alfa de Cronbach para esta dimensión fue de .84.

Pertenencia a un grupo presenta un porcentaje de varianza explicada de 13.90 y un valor eigen de 1.1. Esta dimensión se encuentra definida por cuatro reactivos con cargas factoriales que oscilan entre .53 a .82. El alfa de Cronbach para esta dimensión fue de .80. Ambiente cordial y respetuoso presenta un porcentaje de varianza explicada del 3.56 y un valor eigen de 1.03. Esta dimensión se encuentra definida por tres reactivos con cargas factoriales que oscilan entre .48 a .66. El alfa de Cronbach para esta dimensión fue de .78.

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

Es una escala tipo Likert compuesta por 56 preguntas con cuatro posibles respuestas (completamente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo completamente en desacuerdo). La distribución de los reactivos por dimensión aparece en la Tabla 2.

Tabla 2 Organización de los reactivos dentro de las dimensiones o factores.

Dimensión	Reactivos
IMM= Interés y Motivación del Maestro	3, 13, 14, 20, 25, 27, 33, 34, 39, 41, 45
HDM= Habilidades didácticas del Maestro	1, 2, 18, 19, 22, 31, 37
IM= Interés por la Materia	11, 23, 36, 54
PG= Pertenencia a un grupo	24, 28, 49, 56
ACR= Ambiente cordial y respetuoso	42, 52, 55

Se suman los puntajes de los reactivos en cada factor y se analizan en forma independiente para obtener un perfil que nos mostrará la presencia de cada uno de ellos

entre los estudiantes. Las calificaciones altas pueden interpretarse con un alto grado de satisfacción relacionado con el clima del aula percibido.

Referencias

- Ascoria, P. Arias, H & Graff, C. (2003). La escuela como contexto de contención social y afectiva. *Enfoques Educativos*, 5, 117-135.
- Brown, K. E. & Medway, F. J. (2007). School climate and teacher beliefs in a school effectively poor South Caroline (USA) african-american students: A case study. *Teaching and Early Education*, 23, 529-540.
- Mikulic, I. & Casullo, G. (2006). *Algunas consideraciones acerca del concepto de clima social y su evaluación. Inventario de clase en facultades y escuelas universitarias*. Tesis Universidad de Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Moos, R. (1979). *The Social Climate Scale: An overview*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Ruiz, C. (2016). *Clima del aula en adolescentes de bachillerato: caso ULSA*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad La Salle: México.
- Sink, Christopher A. (2005). My class-inventory short form as an accountability tool for elementary school counselors to measure Classroom Climate. *Professional School Counseling*, 9(1) 37-48.
- Supovitz, J., Sirinides, P. & May, H. (2010). How principals and peers influence teaching and learning. *Educational Administration Quarterly*, 46, 31-56.

CUESTIONARIO CLIMA DEL AULA

A continuación aparecen una serie de afirmaciones sobre la vivencia dentro del salón de clases. Marca la casilla que mejor describa la manera en que esas afirmaciones describen tus sentimientos. Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas: 4 si estás **COMPLETAMENTE DE ACUERDO** en que la frase describe el ambiente real de clase; 3 si estás **DE ACUERDO** en que la frase describe el ambiente real de clase; 2 si estás **EN DESACUERDO** en que la fra-

se describe el ambiente real de clase; 1 si estás **COMPLETAMENTE EN DESACUERDO** en que la frase describe el ambiente real de clase. Sus respuestas son muy importantes por lo que le pedimos responda con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparta es estrictamente **CONFIDENCIAL**. Por favor, no deje enunciados sin contestar; si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

Afirmaciones	1	2	3	4
1. El maestro aclara mis dudas.				
2. El maestro explica con claridad los conocimientos de la materia.				
3. El maestro me motiva a obtener nuevos conocimientos.				
4. La disciplina dentro del salón de clase favorece mi aprendizaje.				
5. Las normas institucionales entorpecen mi aprendizaje.				
6. La disciplina dentro del salón de clase entorpece mi aprendizaje.				
7. Puedo consultar al maestro fuera de clase.				
8. En general nos llevamos bien en el salón.				
9. Las actividades en clase son interesantes.				
10. Se trabajar en equipo con mis compañeros.				
11. Me gusta estudiar para esta materia.				
12. Las normas institucionales afectan negativamente mi desempeño.				
13. El maestro fomenta mi participación en clase.				
14. El maestro se interesa por que yo mejore mis conocimientos.				

Afirmaciones	1	2	3	4
15. Me cuesta trabajo entender esta materia.				
16. Entre compañeros nos ayudamos cuando no entendemos algún tema.				
17. Necesitas permiso para hacer cualquier cosa en el salón de clase.				
18. El maestro generalmente está preparado para su clase.				
19. El maestro confía en mi capacidad.				
20. El maestro me ayuda con mis problemas escolares.				
21. Existen demasiadas normas y reglas institucionales.				
22. Las actividades en clase se relacionan con la materia.				
23. Me interesa esta materia.				
24. Me siento parte del grupo.				
25. El maestro toma en cuenta mis sugerencias en el curso.				
26. El maestro nos explica cómo hacer los trabajos de la materia.				
27. El maestro se interesa por mis problemas escolares.				
28. Me siento bien en el grupo.				
29. Hay reglas de cómo debo comportarte en el salón de clase.				
30. Cuento con el tiempo suficiente para resolver las actividades en clase.				
31. El maestro acepta mis opiniones.				
32. Las normas de la institución favorecen mi aprendizaje.				
33. El maestro se interesa por que mis habilidades escolares sean cada vez mejores.				
34. El maestro me motiva a tener buenas calificaciones.				
35. Le caigo bien a mis compañeros.				

Afirmaciones	1	2	3	4
36. Me gusta esta materia.				
37. El maestro define el tipo de trabajo a realizar en la materia.				
38. La normas que marca el reglamento son fáciles de cumplir.				
39. El maestro tiene una buena comunicación conmigo.				
40. Las normas institucionales son claras.				
41. Cuando algo sale mal el maestro me anima a que lo intente de nuevo.				
42. El maestro me valora como alumno.				
43. Escucho con atención a otro compañero cuando hablan.				
44. Esta materia es aburrida.				
45. Puedo confiar en mi maestro.				
46. No peleamos entre nosotros.				
47. Estoy de acuerdo con las normas institucionales.				
48. El maestro no tiene favoritismo hacia nosotros los estudiantes.				
49. Trabajo de manera cooperativa con mis compañeros.				
50. Hay reglas claras de cómo debo comportarme cuando el maestro da clase.				
51. Trato a mis compañeros con cariño.				
52. El maestro propicia un ambiente cordial en clase.				
53. Esta materia es inútil en mi formación.				
54. Las actividades en clase son interesantes.				
55. El maestro es respetuoso.				
56. Tengo buenos compañeros de clase.				

ESCALA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA ESCUELA (EPSE)

VÉRONICA IVONNE PAQUENTIN FALCÓN

Propósito de la medida

La Escala de Problemas de Conducta en la Escuela (EPCE) es una medida de auto-reporte en la que jóvenes adolescentes califican en qué grado manifiestan comportamientos perturbadores del ambiente escolar, tales como mala conducta, victimizar o acosar sexualmente a sus compañeros, dañar las instalaciones del plantel e irregularidades con la puntualidad e inasistencia. Esta es una herramienta que puede ser utilizada para detectar la severidad de dichos comportamientos en ambientes escolares, como un instrumento básico de investigación, o bien, como un material de reflexión y conciencia en los mismos contextos, debido a que son ellos quienes se autocalifican. Asimismo los profesores y autoridades escolares, pueden utilizarla como una lista de chequeo que les ayude a evaluar de manera objetiva los problemas de comportamiento de sus estudiantes.

Fundamento y constructos que mide

Si bien es amplia la cantidad de instrumentos desarrollados para evaluar los problemas de conducta en los jóvenes, solamente algunos de ellos incluyen aspectos referentes a la medición de comportamientos perturbadores del ambiente escolar y no de forma exclusiva, en todo caso se le incorpora como una dimensión más en la medición de actos antisociales.

El interés de contar con una medida adecuada para este problema, puede ser

ejemplificado en los trabajos de Ma (2002) quien construyó el “Cuestionario de Conducta Adolescente” y en el Índice de Mala Conducta creado por Finn, Fisch y Scott (2008), ambos instrumentos abordan específicamente las conductas problemáticas en las instituciones educativas.

El mal comportamiento escolar comprende conductas como saltarse clases, llegar tarde, ser suspendido, copiar en los exámenes, pintar las paredes de la escuela, pelear, acosar a los compañeros, victimizarlos o insultar al profesor; aunque estas conductas no son necesariamente criminales o ilegales, representan un rango de comportamientos que son disruptivos para el ambiente escolar (Stewart, 2003). Estos comportamientos disruptivos se refieren a una clase de conductas que han recibido varias etiquetas tales como agresión, conducta oposicional y desorden conductual, que pueden presentarse dentro de un continuo de mayor a menor severidad (Forehand y Wiersen, 1993).

La presente escala de Problemas de Conducta en la Escuela es una medida que justamente pretende evaluar el grado de severidad con el que se presentan esos comportamientos que se interpretan como disruptivos ya que violan las reglas de convivencia adecuadas para el desarrollo de las actividades escolares. Las dimensiones o constructos que se pueden evaluar con este instrumento son las siguientes:

Mala conducta o conducta perturbadora. Se compone por 10 reactivos que descri-

ben comportamientos ocurridos dentro del salón de clase, caracterizados por acciones contestarías, acciones negativistas o desafiantes de las actividades propias de las aulas que interrumpen el curso normal de las labores escolares.

Victimizar a los compañeros. Conformada por tres reactivos referentes a conductas inapropiadas que implican maltrato hacia los compañeros de la escuela, tales como burlas y rechazo que perjudican la relación entre alumnos.

Daño a las instalaciones. Esta dimensión incluye tres reactivos y se refiere a conductas encaminadas a deteriorar el patrimonio escolar como pintar paredes, rayar bancas o maltratar el mobiliario.

Acoso sexual. Comprende tres reactivos relacionados con conductas sexuales inapropiadas como tocar el cuerpo de otros o hacer bromas sexuales.

Impuntualidad e inasistencia. Se integra por tres reactivos relacionados a comportamientos inconsistentes con los horarios establecidos en la escuela.

Validez y confiabilidad

Para obtener la validez y confiabilidad Paquentin (2009) aplicó la escala a 688 estudiantes de secundarias caracterizadas por recibir estudiantes con problemas de rendimiento académico y de conducta. Esta muestra incluía a 276 mujeres y 412 hombres, con una media de edad de 13.47 (las edades fluctuaron entre 11 y 16 años).

En el análisis factorial exploratorio (Tabla 1) se confirmaron las cinco dimensiones propuestas que en su conjunto explicaron

el 54.55% de la varianza. El primer factor “mala conducta” incluyó 10 reactivos con una varianza explicada de 19.65% y un coeficiente de confiabilidad de .86. El segundo factor “victimización” se integró con tres reactivos que explican el 9.44% de la varianza y alfa de Cronbach .64. El factor tres “daño a las instalaciones” conformado por tres reactivos presenta una varianza explicada de 8.94% y alfa de .66. El cuarto factor “acoso sexual” compuesto por tres reactivos relacionados con conductas sexuales inapropiadas tuvo una varianza explicada de 8.57% y confiabilidad de .60. Finalmente, el quinto factor “impuntualidad e inasistencia” se integró por tres reactivos con un porcentaje de varianza explicada de 7.95 y alfa de .61. La confiabilidad total de la escala es de .88.

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

Se trata de un instrumento autoaplicable en el que adolescentes entre 11 y 18 años, deberán señalar en una escala tipo Likert de 4 puntos, la frecuencia con la que despliegan los comportamientos descritos en los 22 reactivos de las dimensiones medidas, tomando como referencia lo sucedido en el último mes. Para obtener el nivel de severidad de los problemas de conducta se suman todos los puntajes de las cinco dimensiones, entre mayor sea la puntuación obtenida mayor será su incidencia en el contexto escolar. Asimismo se puede hacer un análisis de grano fino observando el puntaje obtenido en cada dimensión, para de esta manera detectar cuál de ellas presenta mayor severidad, lo que permitirá obtener un perfil de los problemas de conducta.

Tabla 1 Conformación factorial de la escala de problemas de conducta

Reactivos	MC	VC	DI	AS	II
Rezongar al profesor*	.76				
Contestar mal al profesor	.72				
Volarme la clase	.68				
Salirme del salón de clases sin permiso	.67				
Mentir al profesor*	.60				
Romper las reglas de la escuela	.59				
Desobedecer al profesor	.58				
Distraer a los compañeros durante la clase	.53				
Hablar en clase	.51				
Pelear con mis compañeros	.41				
Poner apodos a mis compañeros		.74			
Burlarme de mis compañeros		.65			
Rechazar a mis compañeros		.64			
Aventar el mobiliario escolar (sillas, bancas...)			.73		
Pintar las bancas del salón			.73		
Rayar o pintar las paredes de la escuela			.56		
Tocar el cuerpo de mis compañeros aunque no...				.82	
Hacer que mis compañeros miren cuando toco mi...				.78	
Hacer "bromas sexuales"				.66	
Llegar tarde a la escuela**					.76
Faltar a clases					.70
Llegar tarde a clases					.67
Alfa de Cronbach	.86	.64	.66	.60	.61
Varianza explicada	19.65	9.44	8.94	8.57	7.95
Media	3.48	3.36	3.68	3.88	3.43
Desviación Estándar	.43	.56	.45	.29	.48

*Tomados del cuestionario de Ma (2002)

** Tomado del cuestionario de Palacios (2005)

Nota: MC=Mala Conducta; VD=Victimizar a Compañeros; DI=Daño a las Instalaciones; AS=Acoso sexual; II= Impuntualidad e Inasistencia

Tabla 2 Reactivos y escala de calificación de cada dimensión

Dimensión	Reactivos	Escala de Calificación
Mala conducta	3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 17, 18	0 a 30
Victimizar a ompañeros	1, 13, 20	0 a 9
Daño a las instalaciones	2, 9, 15	0 a 9
Acoso sexual	11, 14, 19	0 a 9
Impuntualidad e inasistencia	16, 21, 22	0 a 9

En la Tabla 2 aparecen las calificaciones mínimas y máximas de cada dimensión así como los reactivos que las conforman, entre más alta la calificación se puede supo-

ner que el participante percibe tener problemas de conducta. Asimismo, se pueden identificar las áreas conflictivas que requieren de atención.

Referencias

- Finn, J. D., Fisch, R. M. & Scott, L. A. (2008). Educational sequelae of high school misbehavior. *The Journal of Educational Research*, 101, 259-274.
- Forehand, R & Wierson, M. (1993). The role of developmental factors in planning behavioral interventions for children: Disruptive behavior as an example. *Behavior Therapy*, 24, 117-141.
- Ma, H. K. (2002). *Adolescent Behavior Questionnaire (ABQ): Scoring key*. Manuscrito no publicado, Hong Kong Baptist University, China.
- Palacios, J. R. (2005). *Estilos parentales y conductas de riesgo en adolescentes*. Tesis de Licenciatura no publicada. UNAM, México.
- Paquentin, V. I. (2009). *Conductas parentales y problemas de conducta en la escuela secundaria: la perspectiva de los adolescentes*. Tesis doctoral no publicada. UNAM, México.
- Stewart, E. A. (2003). School social bonds, school climate, and school misbehavior: a multilevel analysis. *Justice Quarterly*, 20, 575-604.

ESCALA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA ESCUELA (EPCE)

INSTRUCCIONES: Este cuestionario está diseñado para conocer lo que los estudiantes hacen en la escuela. Tus respuestas son confidenciales, por lo que te agradeceremos que seas sincero (a) en tus respuestas. A continuación aparece un listado de compor-

tamientos que los jóvenes pueden presentar en la escuela, considerando lo sucedido en el último mes, en los cuadros de la derecha señala la frecuencia con la que tú has realizado alguno de ellos, poniendo una cruz en el lugar que corresponda.

Comportamientos presentados en el último mes	4	3	2	1
1. Poner apodos a mis compañeros				
2. Aventar el mobiliario escolar (sillas, bancas...)				
3. Romper las reglas de la escuela				
4. Contestar mal al profesor				
5. Distraer a los compañeros durante la clase				
6. Pelear con mis compañeros				
7. Volarme la clase				
8. Rezongar al profesor				
9. Pintar las bancas del salón				
10. Hablar en clase				
11. Hacer "bromas sexuales"				
12. Desobedecer al profesor				
13. Burlarme de mis compañeros				
14. Tocar el cuerpo de mis compañeros aunque no quieran				
15. Rayar o pintar las paredes de la escuela				
16. Llegar tarde a la escuela				
17. Mentir al profesor				
18. Salirme del salón de clases sin permiso				
19. Hacer que mis compañeros miren cuando toco mi cuerpo				
20. Rechazar a mis compañeros				
21. Faltar a clases				
22. Llegar tarde a clases				

ESCALA ILLINOIS DE BULLY (IBS)

ARANTXA JIMENA APARICIO SÁNCHEZ

Propósito de la medida

La Escala Illinois de Bully (Espelage & Holt, 2001) es una medida de autorreporte en la que los adolescentes tienen la oportunidad de señalar dos de los roles asociados al acoso escolar: el papel de víctima y el papel de victimario. De esta forma, podemos evaluar con qué frecuencia los chicos(as) realizan conductas de abuso verbal o físico (perpetradores), así como las ocasiones en que ellos han recibido dichas conductas (víctimas). Ayuda a identificar el rol predominante que juegan niños o adolescentes en la dinámica de las relaciones abusivas en las instituciones escolares. Esta es una herramienta sencilla que pueden contestar chicos y chicas desde el tercer grado de primaria constituida por 18 reactivos, que puede ser aplicada tanto para fines de investigación como para que las autoridades escolares puedan diagnosticar o medir la ocurrencia de esta forma de violencia, lo que permitirá proveer una atención temprana tanto a los agresores como a las víctimas.

Fundamentos y constructos que mide

Desde que Olweus (1973) en la década de los 70, llamó la atención de cómo en las escuelas noruegas existían individuos que hostigaban, molestaban y se burlaban de otros, la investigación sobre lo que él llamó “bullying”, no ha cesado en los últimos 40 años. Es así que Espelage y Swearer (2003) después de hacer un análisis de distintas definiciones que han sido propuestas a lo largo de treinta años de investigación,

llegaron a la conclusión de que el “bullying” o acoso escolar incluye agresiones verbales y físicas sistemáticas compuestas de una serie de conductas intimidantes e instigadas por un sujeto o grupo de sujetos quienes intentan ganar poder, prestigio o beneficios, basadas en el daño directo o en el retiro de la amistad o aislamiento que se aplica a algún estudiante.

Estas investigadoras tienen una visión diferente a la concepción estática del acoso escolar basada en las categorías víctima y victimario, plantean que la interacción entre estos dos roles no representan una dicotomía, sino más bien existe una interacción diádica. Afirman que es un proceso dinámico que ocurre a lo largo de un continuo en el que un solo individuo puede ser agresor o víctima dependiendo de las circunstancias, los estudiantes pueden tener diferentes perfiles de victimización o victimario. Esta dinámica abarca conductas realizadas tanto por el agresor (que pueden ser verbales o físicas encaminadas al daño psicológico), la víctima (que puede autoprotegerse a través del aislamiento) y los considerados expectadores (observadores y a veces instigadores de la interacción agresiva).

Es con estas ideas que Espelage y Holt (2001) y Espelage, Holt y Henkel (2003) proponen un instrumento capaz de medir este continuo, es decir, diseñan un cuestionario que incluye las dos caras de la moneda del acoso escolar. Quien contesta el cuestionario puede evaluar con qué frecuencia ha adoptado el papel de víctima o agresor.

Las dimensiones originales de este cuestionario de 18 preguntas están distribuidas en tres subescalas: una de acoso, la segunda de víctima y la tercera de pelea o lucha.

Se hizo una adaptación de la escala en estudiantes de secundaria de los tres grados (Aparicio, 2016). A diferencia de la medida original que propone 3 dimensiones, los 18 reactivos se organizaron alrededor de cuatro factores, a los que se denominaron:

Pelea. Compuesto por 6 reactivos que describen conductas de lucha, cómo son la provocación, la realización de actos agresivos y la incitación a otros compañeros

para que lastimen a otros estudiantes. **Intimidación.** Cuenta con 4 reactivos que están íntimamente relacionados con las conductas de provocación o brabuqueo que incluyen insultos y burlas, ejecutadas tanto de manera individual como en grupo.

Victimización. El tercer factor compuesto por 4 reactivos, los cuales se vinculan con burlas, apodos o golpes, como indicativos de diversos abusos.

Segregación. Conformada por tres reactivos que se refieren a los comportamientos de apartamiento y de aislamiento cometidos por el agresor.

Tabla 1 Matriz de componentes rotados para los reactivos de la Escala Illinois de Bully

Reactivos	Pelea	Intimidación	Victimización	Segregación
10. Tuve peleas físicas	.64	.26	.13	-.03
11. Amenacé con golpear o...	.64	.14	.30	.17
12. Cuando me enojé, busqué...	.77	.07	.12	.10
13. Regresé el golpe cuando...	.51	.45	.02	.28
16. Yo comencé peleas...	.65	.18	.03	.35
17. Motivé a mis compañeros...	.57	-.01	.12	.60
1. Hice enojar a otros...	.09	.65	.14	.21
2. Mis amigos y yo nos...	.17	.82	.09	.10
8. Ayudé a intimidar a...	.29	.50	.26	.25
9. Me burlé de otro compañero	.32	.75	.12	.08
4. Otros estudiantes me...	.07	.06	.81	.04
5. Mis compañeros se burlaron...	.03	.19	.78	.13
6. Mis compañeros me...	.35	.14	.64	.02
7. Fui golpeado y empujado...	.20	.09	.64	.27
14. Fuí grosero cuando...	.11	.38	.13	.62
15. Dije "chismes" de...	.11	.34	.11	.67
18. No permití que otros...	.14	.01	.12	.60
Alpha de Cronbach	.79	.77	.76	.57
Varianza Explicada	17.58	15.06	13.82	10.65
Media	3.64	4.33	3.30	2.40
Desviación estándar	4.59	3.77	3.51	2.50

Validez y confiabilidad

Para obtener la validez y confiabilidad Aparicio (2016) aplicó la escala a 319 estudiantes de secundaria, de primero, segundo y tercer grado, constituida por hombres y mujeres alrededor de los 11 a 15 años.

La validez del constructo se obtuvo a través de un análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal, en el que se definieron 4 dimensiones a diferencia de las tres subescalas propuestas por el instrumento original. Los 4 factores explican el 57.12 de la varianza y resultaron estar bien delimitados como se muestra en la Tabla 1. El primer factor “pelea” obtuvo un alfa de Cronbach de .79, con un porcentaje de varianza de 17.58%. La segunda subescala “intimidación” presentó una varianza de 15.06% y un alfa de Cronbach de .77. El tercer factor llamado “victimización” conformado por 4 reactivos, tiene una varianza de 13.82% y una confiabilidad de .76. Por último el factor de “segregación” tiene tres reactivos con una varianza explicada de 10.65% y un alfa de Cronbach de .57.

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

Se trata de un instrumento autoaplicable para sujetos de las edades de 8 a 18 años

de edad. Los reactivos se interpretan como en una escala tipo Likert de 5 puntos, midiendo la frecuencia con la que son ejecutadas las conductas que aparecen en los 18 reactivos de las dimensiones medidas, tomando como referencia los acontecimientos sucedidos en último mes. La subescala de pelea con 6 reactivos tiene un rango de calificación del 0 al 24, la de intimidación con 5 reactivos presenta un rango de 0 a 20, finalmente las subescalas de victimización y segregación con 3 reactivos cada una tienen un rango del 0 al 12. Entre más alta es la calificación más presencia del rasgo medido. Se pueden sumar las cuatro dimensiones e interpretar el resultado en un rango de 0 a 72, sin embargo se pueden dejar las cuatro subescalas de manera independiente y obtener un perfil de cómo se presenta cada rasgo medido en el estudiante que puede servir como diagnóstico de las características que predominan en el fenómeno medido. De igual forma puede analizarse cada reactivo de manera independiente, para conocer la frecuencia con que los estudiantes realizan cada comportamiento. Entre más cercanos al 4 se puede suponer que el estudiante realiza las conductas medidas en forma constante y sistemática, lo que lleva a pensar que es un patrón característico en su interacción con los demás.

Referencias

- Aparicio, A.J. (2016). *Cuatro rasgos de personalidad y su relación con los roles víctima-victimario en el proceso de bullying*. Tesis no publicada. Universidad de las Américas, A.C., México.
- Espelage, D. Y Holt, M. (2001). Bullying and victimization during early adolescence: Peer influences and psychosocial correlates. *Journal of Emotional Abuse, 2*, 123-142.
- Espeleage, D. Holt, M y Henkel, R. (2003). Examination of peer group contextual effects on aggressive behavior during early adolescence. *Child Development, 74*, 205-220.
- Espeleage, D. & Swearer, S. (2003). Research on school bullying and victimization: What have we learned and where do we go from here? *Social Psychological Review, 32*, 365-383.
- Olweus, D. (1973). *Aggression in the Schools: Bullies and Whipping Boys*. Washington: Hemisphere

ESCALA ILLINOIS DE BULLY

A continuación aparecen una serie de afirmaciones sobre la vivencia dentro del salón de clases. Para cada una de las siguientes preguntas, elige una opción de cuantas veces tu has hecho esa actividad o cuantas veces te ha pasado en los últimos 30 días. Sus respuestas son muy importantes por lo

que le pedimos responda con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparta es CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar; si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

Actividad	Nunca	1 ó 2 veces	3 ó 4 veces	5 ó 6 veces	7 ó más veces
1. Hice enojar a otros sólo por diversión.					
2. Mis amigos y yo nos burlamos de algún compañero.					
3. Peleé con estudiantes que puedo vencer fácilmente.					
4. Otros estudiantes me molestaron.					
5. Mis compañeros se burlaron de mí					
6. Mis compañeros me pusieron apodos.					
7. Fui golpeado y empujado por los demás					
8. Ayudé a intimidar a otros estudiantes.					
9. Me burlé de otro compañero					
10. Tuve peleas físicas					
11. Amenacé con herir o golpear a otros.					
12. Cuando me enojé, busqué alguna pelea de golpes.					
13. Regresé el golpe cuando alguien me pegó primero.					
14. Fui grosero cuando estaba enojado.					
15. Dije "chismes" de otros compañeros.					
16. Yo comencé peleas.					
17. Motivé a mis compañeros a pelear.					
18. No permití que otros se llevaran con mis amigos.					

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO

HERMAN FRANK LITTLEWOOD ZIMMERMAN

Propósito de la medida

El cuestionario busca medir la Satisfacción Global en el puesto de trabajo a partir de la evaluación entre la compensación recibida (paga), el tiempo dedicado al trabajo, el puesto en sí mismo, la organización a la que pertenece, la preferencia por trabajar, el reto presentado por el trabajo, el gusto por continuar trabajando, la voluntad por recomendar el trabajo a otros, el cumplimiento de las expectativas sobre el puesto y la satisfacción general sentida en el puesto. En las organizaciones, puede utilizarse como un indicador del nivel de bienestar de los empleados o colaboradores para detectar posibles problemas que influyan en su desempeño laboral.

Fundamento y constructos que mide

En el terreno de las actitudes hacia el trabajo, la que mayor atención ha recibido es la Satisfacción en el Trabajo (Kreitner & Kinicki, 2010). Locke (1976) define la Satisfacción en el Trabajo como una reacción cognitiva y afectiva que resulta de la evaluación de la experiencia laboral y que conduce a un estado emocional positivo o placentero. Entonces, la Satisfacción en el Trabajo es el resultado de la percepción del individuo acerca de qué tan bien el puesto provee aquellos satisfactores esperados. Esta actitud ha sido medida de dos maneras: (a) como un constructo global (qué tan satisfecho está el trabajador en general) y (b) como aspectos específicos del trabajo (paga, horario, relaciones con compañeros, condiciones de trabajo, tipo de trabajo, etc.).

Bussing, Bissls, Fuchs y Perrar (1999) señalan que la Satisfacción en el Trabajo está conformada por tres características. Una es la respuesta emocional ante una situación laboral; como tal, no puede verse, sólo inferirse. Otra es el grado en que los resultados del trabajo cumplen con las expectativas del individuo. Finalmente, es la representación global de varias actitudes relacionadas (trabajo en sí mismo, las oportunidades de promoción, la supervisión y la relación con compañeros de trabajo y la paga).

Teniendo en cuenta las posturas de los autores arriba mencionados, se ha diseñado un instrumento que busca medir la percepción global que las personas tienen sobre el grado en que su trabajo causa satisfacción, entiendo como satisfacción el cumplimiento de expectativas y una consecuente reacción emocional placentera.

Validez y confiabilidad

En la Tabla 1 aparecen las propiedades psicométricas del cuestionario que fueron obtenidas de una muestra de 511 trabajadores. Las cargas factoriales de los reactivos son altas y el porcentaje de varianza explicada es de 39.9%. Asimismo, la escala presenta una alta consistencia interna dado que el alfa de Cronbach es de .82.

Como puede apreciarse en la Tabla 1, los ítems se agrupan en un solo factor, lo que significa que miden un mismo constructo, y confirman la postura previa de que dichos ítems se asocian con el constructo de

satisfacción; esta evidencia se le denomina validez convergente, ya que los ítems se encuentran íntimamente relacionados entre sí. Ahora bien, en cuanto confiabilidad, el alfa de Cronbach es un coeficiente que resulta de la combinación de todas las

posibles correlaciones de mitades, y estima el error de medición del instrumento. En esta investigación, un alfa superior .60 se interpreta como una medición consistente y de poco error.

Tabla 1 Propiedades psicométricas del instrumento

Reactivos	Factor
1. Disfrutaría trabajar en esta organización por muchos años más.	.84
2. De todo a todo, estoy muy satisfecho con mi trabajo actual.	.82
3. Estaría feliz si pasara el resto de mi vida en esta organización.	.79
4. Me siento satisfecho con las compensaciones que ofrece esta organización.	.75
5. En general, mi trabajo sigue siendo lo que imaginé cuando decidí tomarlo.	.67
6. Si un buen amigo me dijera que está interesado en ocupar un trabajo como el mío, se lo recomendaría sin reservas.	.59
7. Las mayores satisfacciones en mi vida se relacionan con mi trabajo.	.54
8. Después de las experiencias que he tenido, si tuviera que decidir tomar de nuevo mi trabajo, lo haría sin duda.	.46
Porcentaje de varianza explicada	39.3
Alfa de Cronbach	.82
Media	42.4
Desviación estándar	9.82

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

La escala es autoaplicable y los reactivos se contestan en una escala tipo Likert del 1 al 7. Se suman los puntajes y para su interpretación, los puntajes altos significan una apreciación alta de satisfacción. Teniendo en cuenta que son 7 intervalos y 8 ítems, la puntuación mínima es 8 y la máxima es 56 puntos.

La normalidad estadística está dada por la desviación estándar de la prueba o por los percentiles 16 y 84 que equivalen a las desviaciones estándar -1 y $+1$. En la Tabla 2 es posible interpretar el nivel de satisfacción en percentiles. Puede apreciarse que puntajes de 28 puntos o menos se interpreta como baja Satisfacción y 47 o más puntos como alta Satisfacción.

Tabla 2 Puntajes y percentiles

Puntaje	Percentil	Puntaje	Percentil
12.00	.2	36.00	39.3
16.00	.4	37.00	42.7
18.00	1.4	38.00	47.2
19.00	1.6	39.00	52.2
20.00	2.6	40.00	56.9
21.00	3.2	41.00	62.1
22.00	3.8	42.00	67.4
23.00	4.5	43.00	72.3
24.00	6.3	44.00	75.7
25.00	8.1	45.00	78.7
26.00	9.3	46.00	82.4
27.00	11.5	47.00	87.2
28.00	13.8	48.00	89.1
29.00	16.2	49.00	91.9
30.00	19.2	50.00	93.1
31.00	22.7	51.00	96.2
32.00	26.3	52.00	97.4
33.00	29.6	53.00	98.2
34.00	32.0	54.00	99.0

Referencias

- Bussing, A., Bissls, T., Fuchs, V., & Perrar, K.M. (1999). A dynamic model of work satisfaction: qualitative approaches. *Human Relations*, 52, 1199-1208.
- Hom, P.W. & Griffeth, R. W. (1991). Structural equations modeling test of a turnover theory cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Applied Psychology*, 76, 350-366.
- Iffaldano, M.T. & Muchinsky, P.M. (1985). Job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 97, 251-273.
- Kline, R. B. (2005) Principles and practice of structural equation modeling. New York: *The Guilford Press*.
- Kreitner, R. and Kinicki, A. (2010). *Organizational behavior*. Boston.: McGraw-Hill.
- Lee, T.W, & Mowday, R. T. (1987). Voluntarily leaving an organization: An empirical investigation of Steers and Mowday's model of turnover. *Academy of Management Journal*, 30,721-743.
- Locke, E.A. (1976). The nature and cause of job satisfaction, in M.M. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, Rand McNally: Chicago, p.1300.
- Nunnally, J. C. (1978). *Teoría psicométrica*. México: McGraw-Hill.
- Tett, R.P. & Meyer, J.P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: Path analyses based on meta-analytical findings. *Personnel Psychology*, 46, 259-265.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO

INSTRUCCIONES: lea con atención el siguiente cuestionario e indique que tan de acuerdo o en desacuerdo está con respecto a cada afirmación, en donde 1 es totalmente en desacuerdo y 7 es totalmente de acuerdo. Sus respuestas son muy importantes por lo que le pedimos responda

con total sinceridad sabiendo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que la información que comparta es estrictamente CONFIDENCIAL. Por favor, no deje enunciados sin contestar; si tiene alguna duda, pregunte con confianza.

Reactivo	1	2	3	4	5	6	7
1. Disfrutaría trabajar en esta organización por muchos años más							
2. De todo a todo estoy muy satisfecho con mi trabajo actual							
3. Estaría feliz si pasara el resto de vida en esta organización							
4. Me siento satisfecho con las compensaciones que ofrece esta organización							
5. En general, mi trabajo sigue siendo lo que imagine cuando decidí tomarlo							
6. Si un buen amigo me dijera que está interesado en ocupar un trabajo como el mío se lo recomendaría sin reservas							
7. Las mayores satisfacciones en mi vida se relacionan con mi trabajo							
8. Después de la experiencia que he tenido si tuviera que decidir tomar de nuevo mi trabajo lo haría sin duda.							

PAREJA

Una de las vivencias más satisfactorias, pero paradójicamente más conflictivas son justamente las relaciones de pareja. Es común escuchar tanto en la vida cotidiana como en los consultorios de los psicoterapeutas, las afectaciones que viven hombres y mujeres por las desavenencias en sus relaciones amorosas. En esta sección se ofrecen tres medidas que pueden contribuir a hacer más eficiente y objetivo el trabajo de psicólogos que atienden o investigan este tipo de fenómeno. Los tres instrumentos aquí presentados bien constituyen una batería de pruebas que recoge información rápida y precisa de mucha utilidad para entender ciertos procesos que caracterizan la dinámica de la pareja, pueden emplearse los tres conjuntamente o tomar alguno de ellos dependiendo del propósito de la evaluación.

La primera Escala de Calidad Marital de Fincham y Lindfield, es una traducción de la escala publicada por estos autores en 1997. Las bondades de este instrumento son que de una manera muy sencilla, provee una medida que además de evaluar la calidad marital positiva y negativa, nos permite ubicar a las parejas dentro de una tipología descriptiva que nos ayuda a comprender mejor las relaciones de pareja. Es una medición que puede ser utilizada cómo diagnóstico, para monitorear los progresos en la psicoterapia o evaluar los efectos de las intervenciones. Asimismo, puede ser usada en investigaciones en combinación con otras mediciones.

En contraste una de las problemáticas más difíciles en las relaciones de pareja es

la violencia, desafortunadamente este es un hecho más común de lo que nos gustaría aceptar. Las conductas abusivas de un miembro de la pareja sobre el otro, en muchas ocasiones suelen estar presente desde el noviazgo, es por esto que en esta sección se incluye una escala original del autor, para detectar el tipo de violencia y el grado con que se presenta. Resulta una herramienta de mucha utilidad, puesto que nos permite evaluar la violencia recibida y la violencia ejercida, podemos tener una valoración de la dinámica de las relaciones abusivas, que puede aplicarse como un apoyo para la psicoterapia, o en investigaciones sobre este tópico.

Se incluye también en esta sección la Escala de Intimidad Deseada en las Relaciones de Pareja, escala traducida y adaptada por la autora, tomando el trabajo original de Shaefer y Olson (1981). Es un buen cuestionario para poder evaluar las expectativas que las personas tienen sobre los procesos de intimidad que les gustaría tener con sus parejas. Como vemos puede ser una herramienta de orientación tanto para el noviazgo como para el matrimonio.

ESCALA DE CALIDAD MARITAL DE FINCHAM Y LINFIELD

BLANCA ELBA GARCÍA Y GARCÍA

Propósito de la medida

Esta escala propuesta originalmente por Fincham y Linfield (1997), tiene la finalidad de evaluar la calidad marital a través de los sentimientos reflejados subjetivamente en juicios positivos y negativos acerca de la pareja y el matrimonio. La escala proporciona una medida de la calidad marital positiva y de la calidad marital negativa de manera independiente. La combinación de estas dos dimensiones, permite clasificar a las parejas o matrimonios que viven juntos en una relación más o menos estable en cuatro tipos: felices, estresados o infelices, ambivalentes e indiferentes.

Fundamento y constructos que mide

En 1987 Fincham y Bradbury hacen una revisión crítica de instrumentos para medir la calidad y satisfacción marital, encontrando una gran diversidad de escalas que partían de constructos cuyo contenido conceptual era muy diferente. En algunas de ellas las dimensiones medidas se traslapaban, o eran medidas con muchos reactivos que al final sólo daban un índice único del grado de satisfacción (alto o bajo) que presentaban las parejas.

En respuesta a esta problemática, Fincham y Linfield (1997) concibiendo a la calidad marital como los sentimientos subjetivos del esposo(a) que representan un juicio evaluativo del matrimonio o la pareja, proponen la Escala de Calidad Marital Positiva y Negativa (PANQIMS por sus siglas en inglés) como una evaluación

global a través de un instrumento breve y sencillo en su aplicación, que de manera rápida evalúa tres áreas: las cualidades de la pareja o esposo, los sentimientos de la pareja o esposo y los sentimientos hacia el matrimonio.

En contraste con las mediciones tradicionales, los autores suponen que los juicios evaluativos sobre la calidad marital tienen una dimensión positiva que es independiente de una negativa. Fincham, Beach y Kemp-Fincham (1997) partiendo de observaciones clínicas, señalan que una misma persona puede expresar sentimientos de ternura hacia su pareja y casi inmediatamente, puede hacer una evaluación negativa con respecto a algo que les molesta de ella. Esta característica de las relaciones de pareja no había sido medida directamente, probablemente quedaba enmascarada en las respuestas que se ubicaban en el punto medio de las escalas (Fincham, Beach & Kemp-Fincham, 1997; Fincham & Rogge, 2010). Los autores de la escala proponen que es posible tener una medida del grado en que se presentan los sentimientos positivos a diferencia de los negativos, no como opuestos en un continuo, sino como dos rasgos ortogonales. Es así que el modelo de medición de Fincham y Linfield (1997), tiene dos dimensiones que nos permite hacer una clasificación de las parejas en cuatro grupos que aparecen en la Figura 1, lo que no se podía capturar en las medidas tradicionales.

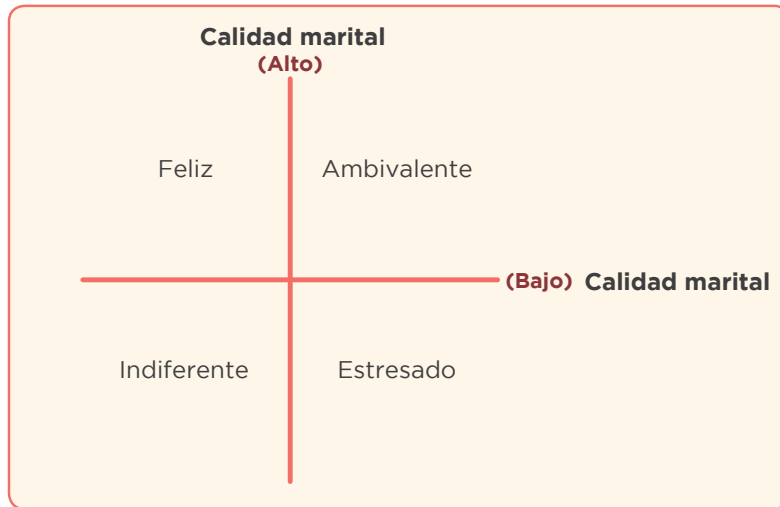


Figura 1. Representación de la tipología de calidad marital propuesta por Finham y Linfield (Tomada de Fincham, Beach & Kemp-Fincham, 1997)

Cuando la calidad marital positiva (PMQ) es alta y la calidad marital negativa (NMQ) es baja, las parejas son felices o satisfechas, por otra parte si PMQ es baja y NMQ es alta, las parejas pueden ser clasificadas como estresadas o infelices, a la manera de las escalas tradicionales. Sin embargo, esta medida proporciona dos posibilidades adicionales que no se podían observar en escalas que sólo señalan una baja o alta satisfacción. Esta propuesta permite detectar a los matrimonios ambivalentes cuando PMQ y NMQ son altos y distinguirlos de los indiferentes donde PMQ y NMQ son bajos.

Al utilizar un análisis factorial confirmatorio, en el trabajo original Fincham y Linfield (1997) encontraron que el modelo de las dos dimensiones presentaron un buen ajuste tanto para los hombres como para las mujeres. Las correlaciones entre PMQ y NMQ son más bien bajas (-.39 para los

hombres y -.41 para las mujeres), lo que puede ser un indicador de la relación ortogonal entre ambas, tal y como se había hipotetizado. Asimismo, muestran evidencia de la validez convergente al obtener correlaciones significativas mayores a .58 con el Test de Ajuste Marital y con la Escala de Afectos Positivos y Negativos. La consistencia interna de la prueba arrojó coeficientes alfa arriba de .87 (Fincham, Beach & Kemp-Fincham, 1997).

Mattson, Paldino y Johnson (2007) de igual forma que Fincham y Linfield (1997) encuentran que en comparación con otras medidas de satisfacción marital, la medición de las dimensiones positiva y negativa, resultaron de mayor utilidad en la explicación de la calidad que las otras medidas utilizadas. Posteriormente Mattson, Rogge, Johonson, Davidson y Fincham (2010) confirmaron la validez del instrumento en la estimación de la relación de

pareja, mostrando que la conceptualización de las dimensiones positiva y negativa son de utilidad en el entendimiento de la calidad marital.

Finalmente es importante destacar que de manera inherente al tipo de variable que es la calidad marital, los datos presentan casi siempre un sesgo hacia la derecha de la distribución en el caso de lo positivo y hacia la izquierda en lo negativo. Fincham, Beach y Kemp-Fincham (1997) señalan que los miembros de las parejas tienden a reportar relaciones felices, como en el caso de la agresión donde las personas reportan niveles bajos. De esta forma la escala tiene 2 dimensiones:

Calidad marital positiva (PMQ) que mide los aspectos buenos de la relación de pareja, las cualidades positivas de la pareja y los sentimientos positivos hacia la pareja.

Calidad marital negativa (NMQ) que mide los aspectos malos de la relación de pareja, las cualidades negativas de la pareja y los sentimientos negativos hacia la pareja.

Tabla 2 Matriz de componentes rotados

Reactivos	NMQ	PMQ
Considerando sólo las cualidades negativas...	.85	-.12
Considerando sólo los sentimientos negativos...	.91	-.19
Considerando sólo los sentimientos malos...	.83	-.27
Considerando sólo las cualidades positivas...	-.14	.88
Considerando sólo los sentimientos positivos...	-.18	.86
Considerando sólo los sentimientos buenos...	-.23	.83
Porcentaje de varianza explicada	39.47	39.12
Valor Eigen	2.36	2.34
Alfa de Cronbach	.86	.85
Media	25.32	9.98
Mediana	26	9

Validez y confiabilidad

La escala fue traducida al español por traductores bilingües y posteriormente volvió a traducirse al inglés, para corroborar la equivalencia de la escala entre ambos idiomas. La muestra estuvo constituida por 862 personas que tenían al menos un año de convivencia marital, de los cuales 426 eran hombres 436 y mujeres. El análisis factorial con rotación ortogonal utilizado para estimar la validez de constructo de la escala, arrojó resultados muy similares a los propuestos en la escala original. En la figura 2 se puede observar con precisión la separación ortogonal de las dos dimensiones, los reactivos de NMQ se ubican cercanos al eje X de la gráfica, mientras que los ítems de PMQ en el eje de Y. Se puede considerar que estos resultados reflejan una solución factorial satisfactoria, debido a que el porcentaje total de varianza que se explica es del 78.59%, asimismo los valores eigen de cada factor superan los dos puntos.

De esta manera, observamos que el factor que aparece en primer lugar corresponde a la calidad marital negativa (NMQ), los reactivos asociados presentan cargas factoriales muy altas. Lo mismo puede decirse del segundo factor correspondiente a la calidad marital positiva (PMQ) en el que también se observa alta saturación

de los reactivos. El porcentaje de varianza que explica cada factor es muy semejante, NMQ supera por unas décimas a PMQ, lo que puede tomarse como un indicador de que ambos factores son igualmente importantes en la estimación de la calidad marital.

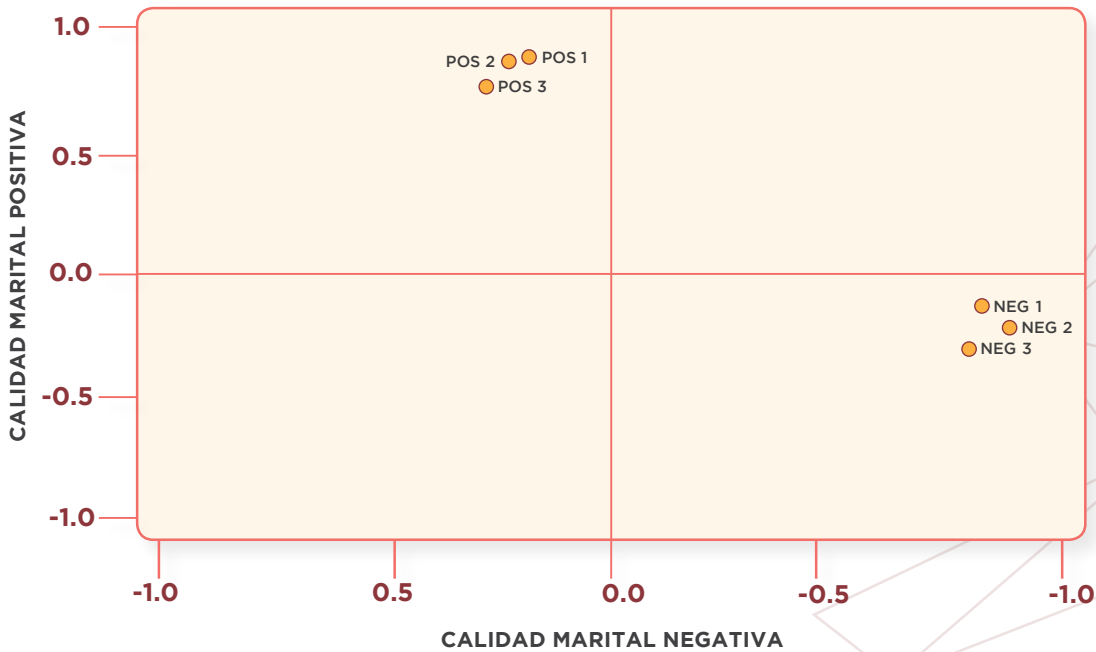


Figura 2. Representación gráfica de la conformación factorial.

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

Está constituida por seis reactivos, tres de ellos miden la calidad marital positiva (PMQ) y tres de ellos la negativa (NMQ), Se conservan las siglas de las dimensiones que

propusieron Fincham y Linfield (1997) en el trabajo original. Se contesta en una escala tipo Likert de 0 a 10 puntos..

Tabla 3 Criterios para obtener la tipología derivada de la combinación de PMQ y NMQ

Tipología	Parámetro
Felices	Alta PMQ (mediana igual o mayor a 26) y Baja NMQ (mediana igual o menor a 9)
Estresados o infelices	Baja PMQ (mediana menor a 26) y Alta MNQ (mediana arriba de 9)
Ambivalentes	Alta PMQ (mediana arriba de 26) y Alta MNQ (mediana arriba de 9)
Indiferentes	Baja PMQ (mediana abajo de 26) y Baja NMQ mediana debajo de 9)

La prueba se aplica a personas que tengan pareja con la que hayan convivido por lo menos un año en la misma casa, los reactivos se presentan al azar y son autoaplicables. Se suman los puntajes de ambas dimensiones en forma independiente, entre mayores son los puntajes obtenidos, existe una mayor PMQ o bien una mayor NMQ, que son analizados por separado. Se puede utilizar como una herramienta diagnóstica para conocer el estado actual de la calidad marital de parejas que requieran de alguna intervención terapéutica. Asimismo, puede emplearse como una herramienta de investigación más amplia en proyectos sobre las relaciones de pareja y vida marital.

Para obtener la tipología se utilizan las medianas obtenidas en cada dimensión como aparece en la Tabla 3. Los valores de este

parámetro son muy similares a los obtenidos por Fincham y Linfield (1997) que en su propuesta original encontraron que la mediana para PMQ fue de 27 en el caso de los hombres y 28 en las mujeres, las medianas para NMQ fueron de 11 y 10 respectivamente. Es posible que los valores presentados en la Tabla 3, puedan utilizarse como un parámetro tentativo para ubicar al contestante en alguno de los tipos que aparecen en la figura 1. Las medianas obtenidas en esta primera validación de la escala fueron para PMQ 26 y para NMQ 9, las que se utilizaron como base para identificar el tipo de calidad marital que puede presentarse en los participantes de acuerdo a los criterios de la Tabla 3. Estos parámetros, corresponden a la muestra estudiada, sería conveniente hacer la aplicación en otras poblaciones que confirmen dichos valores.

Referencias

- Fincham, F. D., Beach, S. R., & Kemp-Fincham, S. I. (1997). Marital quality: A new theoretical perspective. In R. J. Sternberg & M. Hojjat (Eds.), *Satisfaction in close relationships* (pp.275-304). New York: Guilford.
- Fincham, F. D. & Bradbury, T. N. (1987). The assessment of marital quality: A reevaluation. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 797-809.
- Fincham, F. D., & Linfield, K. J. (1997). A new look at marital quality: Can spouses feel positive and negative about their marriage? *Journal of Family Psychology*, 11, 489-502. doi: 10.1037/0893-3200.11.4.489-502
- Fincham, F. D., & Rogge, R. (2010). Understanding relationship quality: Theoretical challenges and new tools for assessment. *Journal of Family Theory and Review*, 2, 227-242. doi: 10.1111/j.1756-2589.2010.00059.x
- Mattson, R., Paldino, D., Johnson, Matthew D. (2007). The increased construct validity and clinical utility of assessing relationship quality using separate positive and negative dimensions. *Psychological Assessment*, 19, 146-151. doi: 10.1037/1040-3590.19.1.146
- Mattson, R., Rogge, R., Johnson, M., Davidson, E. K. B., & Fincham, F. (2013). The positive and negative semantic dimensions of relationship satisfaction. *Personal Relationships*, 20, 328-355. doi: 10.1111/j.1475-6811.2012.01412.x

ESCALA DE CALIDAD MARITAL POSITIVA Y NEGATIVA (PANQIMS)

INSTRUCCIONES: Por favor lea los siguientes enunciados y responda según la escala que se muestra debajo de cada uno de ellos, marcando con una X la respuesta (número) que más se asemeje a su experiencia en su relación de pareja. Considere que evaluará tanto las características po-

sitivas como las características negativas de su relación en forma independiente, por lo que es importante que lea con atención cada enunciado. La escala va del 1 al 10, de MENOR a MAYOR. No hay respuestas correctas ni incorrectas, por lo que le pedimos conteste con total sinceridad.

Considerando sólo las cualidades positivas de su esposo(a), e ignorando las negativas, evalúe que tan positivas son estas cualidades.

Menos positivas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Más positivas
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

Considerando sólo los sentimientos positivos que tiene hacia su esposo(a), e ignorando los negativos, evalúe que tan positivos son estos sentimientos.

Menos positivas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Más positivas
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

Considerando sólo los sentimientos buenos que tiene hacia su matrimonio, e ignorando los negativos, evalúe que tan buenos son estos sentimientos.

Menos positivas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Más positivas
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

Considerando sólo las cualidades negativas de su esposo(a), e ignorando las positivas, evalúe que tan negativas son estas cualidades.

Menos positivas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Más positivas
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

Considerando sólo los sentimientos negativos que tiene hacia su esposo(a), e ignorando los positivos, evalúe que tan negativos son estos sentimientos.

Menos positivas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Más positivas
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

Considerando sólo los sentimientos malos que tiene hacia su matrimonio, e ignorando los buenos, evalúe que tan malos son estos sentimientos.

Menos positivas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Más positivas
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

ESCALA DE VIOLENCIA EJERCIDA Y VIOLENCIA RECIBIDA EN EL NOVIAZGO

GERARDO EDMUNDO VEGA LÓPEZ

Propósito de las medidas

Los instrumentos tienen la finalidad de evaluar la ocurrencia de conductas de violencia física y psicológica dentro de una relación de noviazgo heterosexual en dos sentidos: en el papel de receptor como en el de generador. Ambos aportan datos específicos que permiten establecer un programa de detección, intervención y prevención del ejercicio de la violencia en el noviazgo.

Fundamentos y constructos que miden

Cuando se menciona violencia en la pareja, tanto en el terreno de la investigación como en el social, el foco principal se centra en aquellas parejas constituidas por hombres y mujeres que se unen para formar una familia o para compartir, simplemente, sus vidas; por ello, la violencia de pareja es también referida como violencia conyugal (Echeburúa, Amor, Loinaz & Corral, 2010). Sin embargo hay estudios que afirman que la violencia de pareja se inicia en la etapa de noviazgo y ésta a su vez es más fuerte en la etapa universitaria de los jóvenes (Aguirre & García, 1997). La investigación que dio origen a las dos escalas se centró específicamente en la violencia que se da en las parejas que tienen una relación de noviazgo pero que no viven juntos (Cristiani, Estévez, Romero & Olea, 2010).

Para la construcción de las escalas de violencia en el noviazgo se tomaron como base dos instrumentos preexistentes, el

primero fue la escala denominada Conflicts Tactics Scale (M-CTS) realizada originalmente por Straus y modificada por él mismo en 1979. La validación de la versión modificada de la Conflicts Tactics Scale (M-CTS) se llevó a cabo por Muñoz, Andreu, Graña, O`Leary y González (2007) quienes respetaron tanto el componente físico como el psicológico de los ítems que incluye la escala original. Los tipos de violencia que pueden detectarse con la escala son: física y psicológica. Se agregaron algunos reactivos para medir el componente de violencia sexual. Otra modificación fue dividir los ítems para obtener la visión de los dos roles de receptor y generador, ya que el instrumento original sólo mide la ocurrencia de alguno de los dos, pero no de ambos.

El segundo instrumento que se tomó en cuenta fue el Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO) realizado por Rodríguez-Franco, López-Cepero, Rodríguez, Bringas, Antuña y Estrada (2010), éste consta de 42 indicadores de conductas violentas desde el punto de vista de la persona que recibe la agresión de su pareja, en el que se responde afirmativamente de acuerdo a la ocurrencia de la conducta y se complementa con una escala tipo Likert.

Escala de violencia ejercida en el noviazgo
Esta escala está conformada por 20 ítems que miden las siguientes dimensiones:

Imposición: hace referencia a las críticas, la asignación de culpas, limitaciones y exigencias hacia la pareja.

Venganza: acciones realizadas a la pareja con la finalidad de desquitarse y/o provocar incomodidad.

Agresión: maltratos verbales y físicos.

Humillación: aquellas acciones dirigidas a degradar a la pareja.

Coerción: son las acciones encaminadas a instigar y/o limitar la libertad de decisión o de actuar de la pareja.

Escala de Violencia recibida en el noviazgo

La escala está conformada por 30 ítems que miden las siguientes dimensiones:

Imposición: son ideaciones no comprobadas por desconfianza, críticas, asignación de culpas, limitaciones y exigencias hacia la pareja,

Venganza: acciones realizadas con la finalidad de castigar, anular y desquitarse

Física: amenazas con objetos y maltratos físicos.

Verbalización destructiva: verbalizaciones que degradan a la pareja.

Humillación: acciones dirigidas a criticar, culpar y humillar a la pareja

Sexual: situaciones que reflejan nulidad y violencia sexual

Validez y confiabilidad

Se trabajó con una muestra de 430 estudiantes de licenciatura inscritos en distintas universidades privadas al momento de la encuesta; residentes en la Ciudad de México y que cubrieran el requisito de

haber tenido por lo menos una relación de pareja (noviazgo sin haber cohabitado juntos). Fueron 141 hombres y 289 mujeres, con edades entre los 17 y 31 años y una moda de 21 años.

Para la escala de violencia ejercida, la medida de adecuación a la muestra Kaiser Meyer-Olkin fue muy alta ($KMO=.90$) lo que permite calificar el análisis factorial como adecuado. La prueba de esfericidad de Barlett fue alta y significativa ($\chi^2 = 2654$, $gl=190$, $p=.00$), indicadores que reflejan relaciones significativas entre los reactivos de la escala y la varianza total explicada que se reporta fue de 57.07%. Dicho componente reflejó la existencia de cinco factores: Imposición, Venganza, Agresión, Humillación y Coerción.

En la Tabla 1 se observa la descripción de la solución rotada, misma que ofreció cinco factores compuestos entre tres y siete reactivos cada uno. El primer factor denominado imposición comprende siete preguntas con cargas factoriales que oscilan entre .47 a .75. El alfa de Cronbach obtenido fue de .79. El segundo factor: venganza, con cargas factoriales que van de .57 a .73. El índice de consistencia interna reflejado fue de $\alpha = .67$. El tercer factor llamado agresión, contempla tres situaciones con cargas entre .49 y .82. El alfa de Cronbach para este factor fue de .69. El cuarto factor designado como humillación con cargas factoriales entre .50 y .71, con un índice de consistencia interna de $\alpha = .65$ y finalmente el quinto factor denominado coerción presenta cargas factoriales entre .45 y .63. El alfa de Cronbach correspondiente a este factor fue de .52, siendo moderadamente aceptable.

Tabla 1 Matriz de componentes rotados para los reactivos relacionados con los que ejercen violencia

Reactivos	I	V	A	H	C
4. ¿Le has hablado a tu novio...	.55	.35	-.01	-.14	.10
16. ¿Has criticado, insultado...	.47	.37	.45	.19	-.02
18. ¿Has culpado a tu novio...	.48	.19	.22	.35	.15
19. ¿Le has exigido a tu novio...	.75	.16	.09	.08	.14
20. ¿Has limitado a tu novio...	.58	-.10	-.07	.33	.45
21. ¿Has revisado...	.69	.19	.18	.02	.01
24. ¿Le has dicho a tu novio...	.59	.00	.18	.16	.10
2. ¿Has dejado de...	.27	.66	.02	.15	.01
6. ¿Has dicho...	.12	.76	.24	.14	.13
11. ¿Has manipulado...	.11	.57	-.00	.26	.39
1. ¿Has insultado...	.39	.46	.49	.15	-.05
12. ¿Has empujado...	.08	.10	.82	.08	.14
13. ¿Has golpeado...	.19	.05	.74	.16	.13
9. ¿Has insistido...	.04	.16	.12	.70	.04
10. ¿Has ridiculizado...	.11	.44	.16	.54	.13
14. ¿Has humillado...	.18	.05	.30	.50	.42
23. ¿Has descalificado...	.08	.10	.02	.71	-.02
5. ¿Has llorado para...	.13	.43	.16	.13	.45
7. ¿Le has impuesto...	.41	.22	-.02	.03	.57
8. ¿Has agarrado a tu novio...	.01	.11	.45	-.05	.63
% Varianza explicada	15.8	11.9	11.2	10.5	8.1
Valor Eigen	3.6	2.4	2.2	2.1	1.6
Alfa de Cronbach	.79	.67	.69	.65	.52
Medias	11.1	5.9	4.5	4.8	4.9
Desviaciones estándar	4.1	2.2	1.9	1.6	2.0

Nota: I=imposición, V=venganza, A=agresión, H=humillación, C=coerción

En la Tabla 2 se presenta la conformación factorial de la escala para medir la violencia recibida en el noviazgo. En esta escala se reflejó una medida de adecuación a la muestra Kaiser Meyer-Olkin (KMO= .93) lo que permite calificar el análisis factorial como adecuado. La prueba de esfericidad

de Barlett ($\chi^2=6107$, $gl=435$, $p=.00$) refleja relaciones significativas entre los reactivos de la escala. La varianza total explicada fue de 59.8% distribuida en seis factores: Imposición, Venganza, Física, Verbalización destructiva, Humillación y Sexual.

El primer factor denominado imposición comprende nueve afirmaciones con valores de .48 a .79. El alfa de Cronbach obtenido fue de .89. El segundo factor: venganza, incluye seis reactivos con valores que van de .45 a .77. El índice de consistencia interna reflejado fue de $\alpha = .83$. El tercer factor: física, contempla cuatro reactivos con valores entre .71 y .78. El alfa de Cronbach para este factor fue de .84. El cuarto factor designado como verbalización destructiva

integra cuatro reactivos que con valores entre .42 y .53 y un índice de consistencia interna de $\alpha = .71$. El quinto factor denominado Humillación son cuatro reactivos con valores entre .48 y .70, el alfa de Cronbach de este factor fue de .75; y finalmente, el sexto factor: sexual, con tres reactivos que presentan valores entre .58 y .73 con un índice de consistencia interna de $\alpha = .53$, siendo moderadamente aceptable.

Aplicación, calificación e interpretación de los puntajes

Ambas escalas son tipo Likert de 5 puntos, son autoaplicables, se recomienda aplicar primero la escala de violencia recibida y posteriormente la de escala de violencia ejercida. Asimismo pueden utilizarse estos instrumentos de manera independiente. Para obtener la calificación se suman los

reactivos de cada dimensión que los componen, entre mayor sea el puntaje mayor la presencia del rasgo medido. En las Tablas 3 y 4 aparecen los criterios de interpretación para cada una de las escalas, donde se indican los puntajes altos medios y bajos.

Tabla 3 Puntuaciones de corte por dimensiones de la escala de violencia ejercida en el noviazgo

Puntaje	Imposición	Venganza	Agresión	Humillación	Coerción
Alto	15.2	8.1	6.4	3.2	6.9
Medio	11.1	5.9	4.5	4.8	4.9
Bajo	7	3.7	2.6	6.4	2.9

Tabla 4 Puntuaciones de corte por dimensiones de la escala de violencia ejercida en el noviazgo

Puntaje	I	V	VF	VD	H	VS
Alto	22.7	15.2	7.2	8.7	6.9	5.1
Medio	15.8	10.8	5.0	5.9	5.0	3.7
Bajo	8.9	6.4	3.2	3.1	4.9	2.3

Nota: I=imposición, V=venganza, VF=violencia física, VD=verbalización destructiva, H=humillación, VS=violencia sexual

Tabla 2 Matriz de componentes rotados para los reactivos relacionados con los que reciben violencia

Reactivos	I	V	VF	VD	H	VS
6. ¿Te habla...	.68	.22	-.00	.01	.28	-.04
7. ¿Ha llorado...	.48	.46	.21	-.13	.18	.13
10. ¿Te ha impuesto,,,	.60	.09	.19	.34	.03	.21
13. ¿Te ha agarrado...	.48	.44	.20	-.13	.00	.11
14. ¿Ha puesto...	.67	.26	.17	.08	.12	.08
25. ¿Te ha dicho...	.73	.12	.20	.14	.08	-.04
26. ¿Ha revisado...	.75	.13	.18	.18	.12	-.02
28. ¿Te ha exigido...	.79	.15	.10	.28	.00	.12
29. ¿Te ha limitado...	.61	.05	.14	.40	.08	.21
2. ¿Ha dejado...	.28	.45	.16	.39	-.09	.16
3. ¿Ha dejado de...	.11	.77	.04	.13	.12	.11
9. ¿Ha hecho algo...	.35	.48	.23	.24	.22	.08
18. ¿Te ha...	.29	.59	.27	.08	.25	.18
20. Ha ignorado...	.08	.58	-.02	.44	.21	.22
30. Ha desaparecido...	.17	.61	.01	.22	.22	-.02
11. ¿Te ha...	.14	.02	.72	.21	.15	.26
17. ¡Te ha golpeado...	.22	.15	.78	.15	.11	-.00
19. ¿Te ha empujado...	.21	.29	.71	.10	.14	.01
21. ¡Te ha cacheteado...	.16	-.09	.78	.16	.09	.20
1. ¿Te ha insultado...	.17	.15	.26	.53	.06	-.01
4. ¿Te ha amenazado...	.19	.30	.24	.48	.21	.23
8. ¿Te ha dicho...	.30	.02	.34	.42	.19	.08
27. ¿Te ha criticado...	.35	.33	.29	.50	.28	-.03
5. ¿Ha criticado...	.12	.15	.08	-.02	.70	.14
16. ¿Te ha ...	.17	.18	.15	.36	.61	.13
23. ¿Te ha culpado...	.62	.22	.15	.46	.48	.07
24. ¿Te ha humillado...	.16	.28	.32	.18	.60	.02
12. ¿No ha tomado...	.11	.27	.01	.16	-.05	.63
15. ¿Te niega sexo...	.06	.25	.31	.08	.07	.58
22. ¿Se ha sentido...	.06	.08	.12	.04	.33	.73
% Varianza exp.	16.0	11.3	11.5	8.0	7.4	5.9
Valor Eigen	4.8	3.3	3.3	2.4	2.2	1.7
Alfa de Cronbach	.89	.83	.84	.71	.75	.53
Medias	15.8	10.8	5.0	5.9	5.0	3.7
Desviaciones estándar	6.9	4.4	2.2	2.8	1.9	1.4

Nota: VF=violencia física, VD=verbalización destructiva, H=humillación, VS=violencia sexual

Referencias

- Aguirre, A. & García, M. (1997). Violencia prematrimonial: Un estudio exploratorio en universitarios. *Revista Última Década*, 6, 1-9.
- Brendgen, M., Vitaro, F., Tremblay, R. & Wanner, B. (2002). Parent and Peer effects on Delinquency- related Violence and Dating Violence: A test of two mediational models. *Social Development*, 11(2), 225-244
- Cristiani, S., Estévez, E., Romero, D. & Tvengsberg, O. (2010, Marzo). *La violencia en el noviazgo de los adolescentes de nivel preparatoria en dos distintos niveles socioeconómicos de la Ciudad de Cuernavaca*. XXI Congreso de Investigación en Universidades. Cuernavaca, Mor. México.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1998). *Manual de Violencia familiar*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Muñoz, M., Andreu, J., Graña, J., O'Leary, D. & González, M. (2007). Validación de la versión modificada de la conflicts tactics scale (M-CTS) en población juvenil española. *Psicothema*, 19(4), 693-698.
- Pick, S., Leenen, I., Givaudan, M. & Prado, A. (2010). Yo quiero, yo puedo... prevenir la violencia: Programa breve de sensibilización sobre la violencia en el noviazgo. *Salud Mental*, 33(2), 153-160.
- Rodríguez-Franco, L., López-Cepero, J., Rodríguez, F., Bringas, C., Antuña, M. & Estrada, C. (2010). Validación del cuestionario de violencia entre novios (CUVINO) en jóvenes hispanohablantes: análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. 6, 45-52.

ESCALA DE VIOLENCIA RECIBIDA EN EL NOVIAZGO VEGA (VRNV)

INSTRUCCIONES: La siguiente es una lista de las cosas que TU NOVIO/A ha hecho al discutir o enojarse contigo. Marca la casilla en función de las veces que ha suce-

dido cada una de las opciones en tu relación ACTUAL. RECUERDA, Si por ahora no tienes novio/a, contesta las preguntas de acuerdo a tu relación MÁS RECIENTE.

Situaciones	1	2	3	4	5
1. ¿Te ha insultado o maldecido?					
2. ¿Ha dejado de hablarte para castigarte?					
3. ¿Ha dejado de hablarte para castigarte?					
4. ¿Te ha amenazado con abandonarte?					
5. ¿Ha criticado injustamente tu sexualidad?					
6. ¿Te habla sobre relaciones que imagina que tienes?					
7. ¿Ha llorado para manipularte?					
8. ¿Te ha dicho que te odia?					
9. ¿Ha dicho algo para fastidiarte o provocarte?					
10. ¿Te ha impuesto reglas sobre la relación (días, horarios, tipos de salidas)?					
11. ¿Te ha amenazado con lanzarte algún objeto?					
12. ¿No ha tomado en cuenta tus sentimientos sobre el sexo?					
13. ¿Te ha agarrado para que no te vayas?					
14. ¿Ha puesto a prueba tu amor poniéndote trampas para ver si le engañas o eres infiel?					
15. ¿Te niega sexo como forma de enojarse?					
16. ¿Te ha ridiculizado por las ideas que mantienes?					
17. ¿Te ha golpeado?					
18. ¿Te ha manipulado con mentiras?					
19. ¿Te ha empujado?					
20. ¿Ha ignorado tus sentimientos?					
21. ¿Te ha cacheteado?					
22. ¿Se ha sentido obligado/a a mantener sexo contigo?					
23. ¿Te ha culpado por lo malo que le sucede?					
24. ¿Te ha humillado en público?					
25. ¿Te ha dicho que no hables con alguien de su mismo sexo?					
26. ¿Ha revisado tu celular?					
27. ¿Te ha criticado, insultado o gritado?					
28. ¿Te ha exigido que le describas dónde y con quien estás cuando no le ves?					
29. ¿Te ha limitado el tiempo que pasas con tu familia y amigos?					
30. ¿Ha desaparecido por varios días sin dar explicaciones para mostrar su enojo?					



ESCALA DE VIOLENCIA EJERCIDA EN EL NOVIAZGO VEGA (VENV)

INSTRUCCIONES: La siguiente es una lista de las cosas que TU NOVIO/A ha hecho al discutir o enojarse contigo. Marca la casilla en función de las veces que ha sucedido

cada una de las opciones en tu relación ACTUAL. RECUERDA, Si por ahora no tienes novio/a, contesta las preguntas de acuerdo a tu relación MÁS RECIENTE:

Situaciones	1	2	3	4	5
1. ¿Te ha insultado o maldecido?					
2. ¿Ha dejado de hablarte para castigarte?					
3. ¿Ha dejado de cumplir lo que promete?					
4. ¿Te ha amenazado con abandonarte?					
5. ¿Ha criticado injustamente tu sexualidad?					
6. ¿Te habla sobre relaciones que imagina que tienes?					
7. ¿Ha llorado para manipularte?					
8. ¿Te ha dicho que te odia?					
9. ¿Ha dicho algo para fastidiarte o provocarte?					
10. ¿Te ha impuesto reglas sobre la relación (días, horarios, tipos de salidas)?					
11. ¿Te ha amenazado con lanzarte algún objeto?					
12. ¿No ha tomado en cuenta tus sentimientos sobre el sexo?					
13. ¿Te ha agarrado para que no te vayas?					
14. ¿Ha puesto a prueba tu amor poniéndote trampas para ver si le engañas o eres infiel?					
15. ¿Te niega sexo como forma de enojarse?					
16. ¿Te ha ridiculizado por las ideas que mantienes?					
17. ¿Te ha golpeado?					
18. ¿Te ha manipulado con mentiras?					
19. ¿Te ha empujado?					
20. ¿Ha ignorado tus sentimientos?					
21. ¿Te ha cacheteado?					
22. ¿Se ha sentido obligado/a a mantener sexo contigo?					
23. ¿Te ha culpado por lo malo que le sucede?					
24. ¿Te ha humillado en público?					
25. ¿Te ha dicho que no hables con alguien de su mismo sexo?					
26. ¿Ha revisado tu celular?					
27. ¿Te ha criticado, insultado o gritado?					
28. ¿Te ha exigido que le describas dónde y con quien estás cuando no le ves?					
29. ¿Te ha limitado el tiempo que pasas con tu familia y amigos?					
30. ¿Ha desaparecido por varios días sin dar explicaciones para mostrar su enojo?					

ESCALA DE INTIMIDAD DESEADA EN LAS RELACIONES

SHUYIN DURÁN TORRES

Propósito de la medida

Esta escala propuesta originalmente por Shaefer y Olson (1981) tiene como propósito la evaluación del grado de intimidad que una persona desea en las relaciones de noviazgo y matrimonio. Nos permite obtener un perfil de cinco dimensiones que reflejan las expectativas de cercanía y experiencias compartidas que se buscan en una relación, las que pueden resultar de utilidad en la asesoría o psicoterapia de pareja. A través de este instrumento podemos conocer la importancia que los contestantes atribuyen a la experiencia de compartir aspectos positivos de su vida, la expresión de la sexualidad, el papel de las relaciones sociales, así como el impacto de aspectos negativos que pueden atentar contra la intimidad positiva.

Fundamento y constructos que mide

Shaefer y Olson (1981) señalan que la intimidad es un proceso en el cual se revelan asuntos personales y se comparten experiencias privadas, lo que da como resultado una sensación de cercanía. Moret, Glaser, Page y Bargerón (1998) señalan que es un proceso de cercanía emocional expresado a través del afecto, el cariño, la comunicación, el respeto, la satisfacción y compromiso por los otros. Lo que representa una precondition para la cohesión en las relaciones de pareja (Shaefer & Olson; Waring 1983).

Waring y Reddon (1983) y Waring (1984) hacen una identificación de varios compo-

nentes de la intimidad marital, tales como la resolución de conflictos, el afecto, la cohesión, la sexualidad, la identidad, la compatibilidad, la autonomía y la expresividad; sin embargo, Shaefer y Olson (1981) señalan que la intimidad, más que componerse de fenómenos diferentes interconectados, está compuesta de varias áreas, por lo que presenta una naturaleza multidimensional como: (a) intimidad emocional, en la que se experimenta una cercanía de sentimientos; (b) intimidad social, se refiere a la experiencia de tener amigos en común y similitudes en sus redes de trabajo; (c) intimidad sexual, la experiencia de compartir afecto general y/o actividad sexual; (d) intimidad recreativa, conformada por las experiencias compartidas de intereses en actividades de tiempo libre y participación mutua en eventos deportivos; (e) intimidad intelectual, que se refiere a la experiencia de compartir ideas; (f) intimidad espiritual, es la experiencia de compartir preocupaciones fundamentales, un sentido similar del significado de la vida y/o creencias religiosas e (g) intimidad estética, la cercanía que resulta de la experiencia de compartir la belleza.

Con base en lo anterior, Shaefer & Olson (1981) desarrollaron la Escala de Evaluación Personal de Intimidad en las Relaciones (PAIR por sus siglas en inglés) para medir la percepción y experiencia de la intimidad en una relación considerando dos componentes. El primero está constituido por una escala que evalúa la intimidad actual tal como es vivida por la persona en el presente y, el segundo, es una medición

sobre la intimidad deseada o ideal, aquella que tiene que ver con las expectativas de cercanía esperadas, con lo que “tendría que ser” desde la perspectiva del informante. De acuerdo con los autores, se pueden usar las dos escalas al mismo tiempo, o bien sólo uno de ellas, es por esto que en este artículo se presenta la validez exploratoria de la escala de intimidad deseada.

La propuesta original está conformada por seis subescalas de intimidad: emocional, social, sexual, intelectual y recreativa. Para su validación la escala fue traducida al español por traductores bilingües y posteriormente volvió a traducirse al inglés, para corroborar la equivalencia de la escala entre ambos idiomas. El uso y la adaptación de dicho instrumento se hicieron bajo la autorización de los autores originales. Se obtuvo la validez de facie al pasar por revisión de tres expertos en el área de psicología clínica y social, de tal manera que se respetara la estructura y la forma de aplicación del instrumento original, con los mismos criterios para calificarlo.

Como se verá más adelante la conformación factorial de los instrumentos fue diferente a la original, esta versión mide cinco dimensiones. Las tres primeras tienen que ver con una intimidad positiva de cercanía y de posibilidades de compartir, mientras que las dos restantes tienen que ver con lo que Shaefer & Olson (1981) llamaron acciones defensivas. De esta forma la escala mide los siguientes aspectos:

Intimidad emocional. Deseo de compartir actividades recreativas en común, de empatía, de aspectos positivos hacia la pareja, de tener una vida social compartida y de mayor afecto positivo.

Intimidad sexual. Deseo de expresar abiertamente la sexualidad con la pareja.

Intimidad social. Anhelo de compartir tiempo con otras personas como pareja y de tener amigos en común.

Aislamiento afectivo. Deseo de no percibir soledad al interactuar con la pareja, así como de no sentir humillación por parte de la misma.

Empatía negativa. Deseo de una mayor comprensión por parte de la pareja y de una aceptación de las características negativas de la misma.

Validez y confiabilidad

La muestra fue no probabilística intencional con 156 participantes todos ellos solteros, entre 20 y 30 años de edad, de los cuales 72 eran hombres y 84 mujeres que en el momento de la toma de datos se encontraban en una relación de noviazgo de por lo menos seis meses.

Si bien los resultados arrojaron cinco dimensiones interpretables, la conformación factorial de los reactivos fue diferente a la obtenida por Shaefer y Olson (1981). El porcentaje total de varianza que se explica con esta solución factorial es del 66%, asimismo los valores eigen de cada factor superan los dos puntos como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1 Matriz de componentes rotados

Reactivos	IE	ISEX	ISOC	AAF	EN
1. Desearía que mi pareja...	.72	.00	.19	.40	.13
3. Desearía estar satisfecho(a) con...	.63	.25	.14	.39	.14
4. Desearía que mi pareja me...	.74	.26	.13	.22	.11
5. Me gustaría que disfrutáramos...	.71	.20	.27	.10	.00
6. Desearía que mi pareja tuviera...	.66	.17	.27	.21	.12
8. Desearía que fuéramos más...	.57	.00	.50	.00	.00
9. Desearía que nuestras...	.58	.20	.13	.16	.29
10. Me gustaría que tuviéramos...	.52	-.10	.35	.00	.35
11. Me gustaría tener más...	.75	.00	.32	.00	.28
12. Desearía sentir más amor...	.75	.24	.17	.17	.00
13. Desearía sentirme...	.78	.16	.17	.29	.16
15. Me gustaría poder decirle...	.53	.45	.17	.37	.00
17. Desearía jugar y divertirme...	.76	.16	.15	.15	.14
18. Desearía que me gustara...	.70	.25	.00	.15	.16
19. Me gustaría que mi pareja...	.73	.21	.11	.30	.17
23. Desearía que disfrutáramos...	.66	.34	.19	.22	.13
24. Me gustaría que mi pareja...	.63	.24	.14	.17	.35
29. Me gustaría que...	.69	.11	.00	.00	.21
34. Me gustaría que tuviéramos...	.63	.34	.20	.13	.26
35. Desearía tener...	.66	.21	.16	.00	.45
36. Me gustaría que mi pareja...	.57	.45	.21	.19	.32
21. Si mi pareja tuviera más...	.28	.72	.00	.24	.13
27. Me gustaría que la expresión...	.28	.76	.20	-.00	.13
33. Me gustaría que mi pareja...	.17	.84	.12	.11	.00
2. Me gustaría que pasáramos...	.34	.00	.64	.18	-.17
14. Me gustaría tener más...	.32	-.00	.67	.11	.27
20. Dentro de nuestras...	.12	.25	.66	.27	.00
26. Desearía que muchos de los...	-.00	.25	.65	.00	.32
16. Me gustaría que mi pareja...	.18	.15	.17	.80	.10
25. Me gustaría que mi pareja...	.35	.12	.20	.68	.28
31. Desearía no sentirme solo...	.44	.23	.22	.57	.33
22. Desearía que fuera de más...	.46	.26	-.00	.00	.56
28. Desearía que mi pareja no...	.27	.35	.35	.24	.49
30. Me gustaría que mi pareja...	.48	.18	.12	.36	.55
32. Desearía que a mi pareja le...	.11	.00	.32	.36	.58
%Varianza explicada	30.76	9.91	8.92	8.46	7.94
Valor Eigen	11.07	3.56	3.21	3.04	2.86
Alfa de Cronbach	.96	.53	.67	.84	.78
Media	2.27	1.78	2.03	1.54	2.17
Desviación estándar	1.18	1.78	.98	1.36	1.15

Nota: IE=Intimidad Emocional; ISEX=Intimidad Sexual; ISOC=Intimidad Social; AAF= Aislamiento Afectivo; EN=Empatía Negativa.

Aplicación, calificación e interpretación de puntajes

La escala está diseñada para ser autoaplicada y está compuesta de 35 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, cuyo rango va de 0 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). Los reactivos que conforman cada dimensión se muestran en la Tabla 2. Posee tres subescalas que evalúan el deseo de estar cerca, de tener la posibilidad de compartir

experiencias positivas con la pareja, éstas corresponden a las dimensiones de intimidad integral, intimidad sexual e intimidad social. Las dos subescalas restantes evalúan aspectos que las parejas desearían no tener en su intimidad, evalúan el sentido negativo del constructo: aislamiento afectivo y empatía negativa.

Tabla 2 Dimensiones de la Escala de Evaluación Personal de Intimidad Deseada en las Relaciones

Dimensión	Reactivos	Rango de la subescala
Intimidad emocional	1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 23, 24, 29, 34, 35, 36	0-84
Intimidad sexual	21, 27, 33	0-12
Intimidad social	2, 14, 20	0-16
Aislamiento afectivo	16, 25, 31	0-12
Empatía negativa	22, 28, 30, 32	0-16

Se suman los puntajes de los reactivos en cada factor y se analizan en forma independiente para obtener un perfil que mostrará el nivel en de intimidad que la persona espera en su relación de pareja,

los puntajes altos muestran la fuerza con la que se desea cada dimensión. Para calificar las dos subescalas negativas se invierten los puntajes de los reactivos.

Referencias

- Durán, S. (2001). *Diferencias de percepción entre hombres y mujeres solteros en relación a la intimidad en la pareja*. Tesis de maestría inédita. Universidad de Las Américas, A.C., México.
- Moret, L., Glaser, B. A., Page, R. C., & Bargerón, E. F. (1998). Intimacy and sexual satisfaction in unmarried couple relationships: A pilot study. *Family Journal*, 6 (1), 33-39.
- Shaefer, M., & Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: The PAIR Inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7 (1), 47-60.
- Waring, E.M. (1984). The measurement of marital intimacy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (2), 185-192.
- Waring, E. M., & Reddon, J.R. (1983). The measurement of intimacy in marriage: The Waring Intimacy Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 39 (1), 53-57.

ESCALA DE INTIMIDAD DESEADA EN LAS RELACIONES

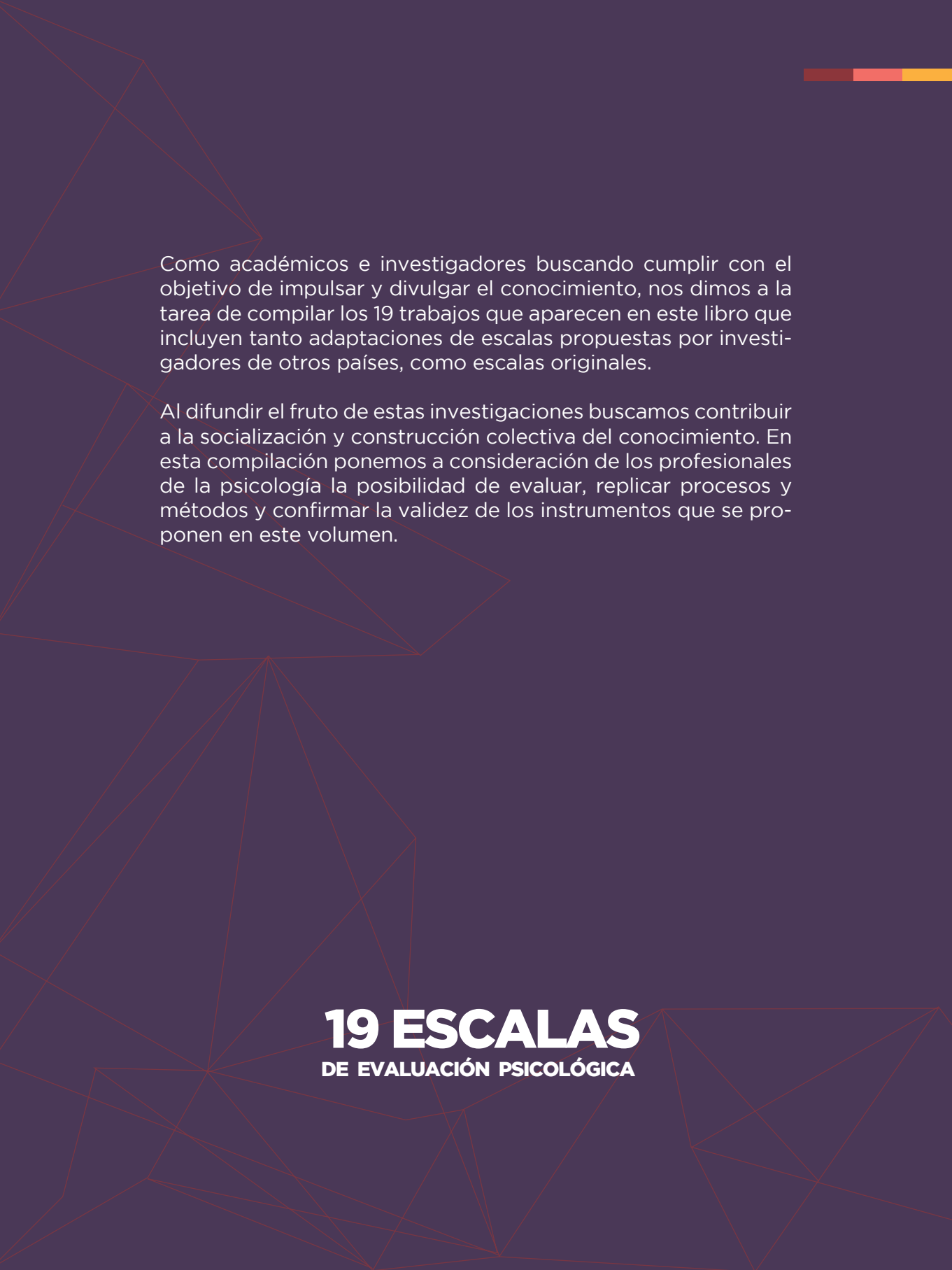
INSTRUCCIONES: Este cuestionario es utilizado para medir distintas áreas de la intimidad en la relación de pareja. Por favor conteste de acuerdo a la forma en cómo se siente con su pareja en la actualidad, utilizando una escala de 0 a 4. Recuerde que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Para que tenga valor este cuestionario es importante que conteste todas las preguntas de la manera más honesta que pueda. La información que se obtenga de este cuestionario es estrictamente confidencial. De antemano, le agradezco su cooperación.

Afirmaciones	0	1	2	3	4
1. Desearía que mi pareja me escuchara con mayor frecuencia cuando necesito hablar con alguien.					
2. Me gustaría que pasáramos más tiempo con otras parejas.					
3. Desearía estar satisfecho (a) con la cantidad de afecto en nuestra relación.					
4. Desearía que mi pareja me ayudara con mayor frecuencia a aclarar mis pensamientos y mis sentimientos.					
5. Me gustaría que disfrutáramos más de las actividades recreativas.					
6. Desearía que mi pareja tuviera todas las cualidades que yo siempre quise encontrar en una pareja.					
7. Me gustaría expresar con mayor frecuencia mis sentimientos sin que mi pareja se pusiera a la defensiva.					
8. Desearía que fuéramos más sociables como pareja.					
9. Desearía que nuestras muestras de afecto entre nosotros fueran menos rutinarias.					
10. Me gustaría que tuviéramos más en común cuando tenemos una seria discusión.					
11. Me gustaría tener más intereses en común con mi pareja.					
12. Desearía sentir más amor y afecto hacia mi pareja.					
13. Desearía sentirme más cerca de mi pareja.					
14. Me gustaría tener más amigos en común.					
15. Me gustaría poder decirle a mi pareja cuando deseo tener intimidad sexual.					

Afirmaciones	0	1	2	3	4
16. Me gustaría que mi pareja me humillara seguido.					
17. Desearía jugar y divertirme más con mi pareja.					
18. Desearía que me gustara cada cosa nueva que aprendo de mi pareja.					
19. Me gustaría que mi pareja pudiera entender con mayor frecuencia mis alegrías y mis penas.					
20. Dentro de nuestras actividades compartidas como pareja, me gustaría que fuera más importante pasar tiempo con mis amigos.					
21. Si a mi pareja le importara más, yo expresaría más mi interés sexual.					
22. Desearía que fuera de más utilidad el discutir algunas cosas con mi pareja.					
23. Desearía que disfrutáramos más las actividades fuera de casa juntos.					
24. Me gustaría que mi pareja y yo nos comprendiéramos completamente.					
25. Me gustaría que mi pareja no me ignorara tan seguido.					
26. Desearía que muchos de los amigos íntimos de mi pareja, fueran también íntimos amigos míos.					
27. Me gustaría que la expresión sexual en nuestra relación fuera algo más esencial.					
28. Desearía que mi pareja no intentara cambiar mis ideas.					
29. Me gustaría que encontráramos más tiempo para hacer cosas divertidas juntos.					
30. Me gustaría que mi pareja tuviera menos características negativas.					
31. Desearía no sentirme solo (a) cuando estoy con mi pareja.					
32. Desearía que a mi pareja le gustaran todos mis amigos.					
33. Me gustaría que mi pareja estuviera más interesado(a) en el sexo.					
34. Me gustaría que tuviéramos un sinfín de cosas de qué hablar.					
35. Desearía tener más intereses en común con mi pareja.					
36. Me gustaría que mi pareja satisficiera más mis necesidades.					





Como académicos e investigadores buscando cumplir con el objetivo de impulsar y divulgar el conocimiento, nos dimos a la tarea de compilar los 19 trabajos que aparecen en este libro que incluyen tanto adaptaciones de escalas propuestas por investigadores de otros países, como escalas originales.

Al difundir el fruto de estas investigaciones buscamos contribuir a la socialización y construcción colectiva del conocimiento. En esta compilación ponemos a consideración de los profesionales de la psicología la posibilidad de evaluar, replicar procesos y métodos y confirmar la validez de los instrumentos que se proponen en este volumen.

19 ESCALAS

DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA