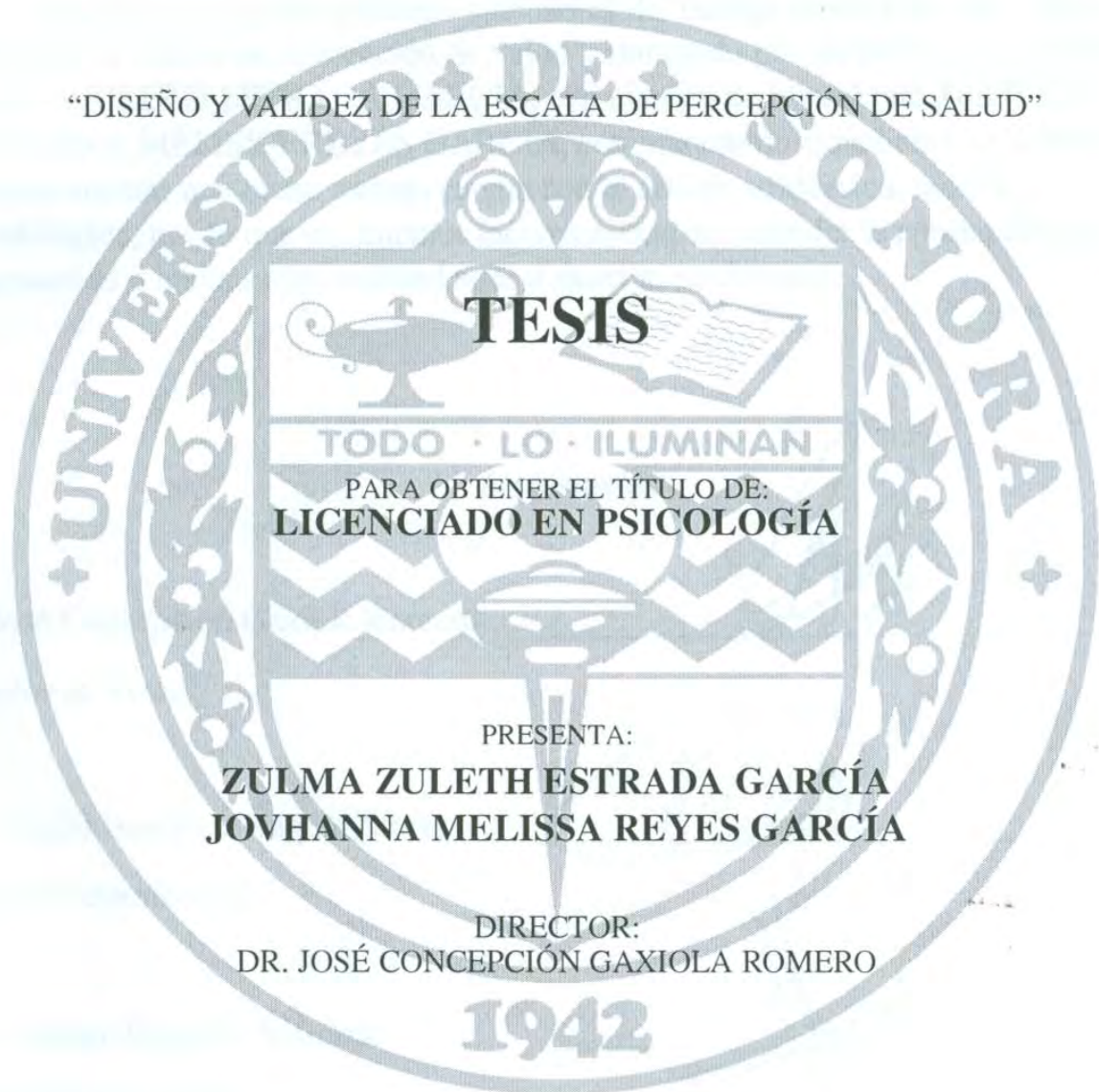


UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

“DISEÑO Y VALIDEZ DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE SALUD”



PRESENTA:
ZULMA ZULETH ESTRADA GARCÍA
JOVHANNA MELISSA REYES GARCÍA

DIRECTOR:
DR. JOSÉ CONCEPCIÓN GAXIOLA ROMERO

SINODALES:
DRA. ROCÍO HAYDEE ARREGUÍN MORENO
DRA. ZULEMA DELGADO RAMIREZ
M. D. E. RAMONA MINERVA VERDUGO CALVO

Repositorio Institucional UNISON



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

Índice

Resumen y Abstract	2
Introducción.....	3
Capítulo I	
La Medición en Psicología	6
1.1 <i>La Historia de la Medición Psicología</i>	9
1.2 <i>La Confiabilidad y la Validez</i>	11
1.3 <i>Análisis factorial Exploratorio y Confirmatorio</i>	12
1.4 <i>Validez Convergente y Divergente</i>	14
1.5 <i>La necesidad de contar con medidas confiables y válidas</i>	15
Capítulo II	
El Concepto de Salud	17
2.1 <i>La Percepción de la Salud</i>	18
2.2 <i>Violencia hacia la mujer y salud</i>	22
2.3 <i>Resiliencia y salud</i>	22
Capítulo III	
Método	27
3.1 <i>Participantes</i>	27
3.2 <i>Instrumentos</i>	28
3.3 <i>Procedimiento</i>	30
3.4 <i>Análisis de datos</i>	31
3.5 <i>Resultados</i>	32
Capítulo IV	
Discusión	38
Conclusiones.....	41
Referencias	42
Anexos.....	56

Resumen

El objetivo del presente estudio fue diseñar y validar una escala de percepción de salud, mediante el análisis factorial confirmatorio y evaluar la validez convergente y divergente utilizando la variable resiliencia. Participaron voluntariamente 330 madres de familia, y los instrumentos fueron auto-administrados. Se evaluó la resiliencia, violencia y percepción de salud. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 20 y el EQS 6.1. Los resultados comprueban la estructura factorial del instrumento y la pertinencia de su validez de constructo. El modelo factorial obtuvo bondades de ajuste aceptables y los pesos estructurales muestran que se cumplieron los criterios para la validez convergente y divergente. Se concluye que el instrumento es válido para su aplicación.

Palabras clave: percepción de salud, resiliencia, violencia, validez convergente, validez divergente

Abstract

The aim of this study was the design and validation of a health perception scale through the confirmatory factorial analyses and the assessment of the convergent and divergent validity. The participants were 330 mothers, the instruments were self-administered. It evaluates the resilience, violence and health perception. For the data analyses it was used the SPSS program version 20 and EQS 6.1. The results tested the factorial structure of the scale and the pertinence of the validation of construct. The factorial model had acceptable goodness of fit and the structural weight display that the criteria for the convergent and divergent validity were fulfilled. It concludes that the scales it's valid for application.

Keywords: health perception, resilience, violence, convergent validity, divergent validity

Al ser la violencia un tema de relevancia en la sociedad y al ir en aumento la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en 2014 que la violencia contra la mujer practicada por la pareja constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres, en México la violencia hacia la mujer ha aumentado en los últimos años.

En un reporte realizado por la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) en el 2011 reveló que el 44.9% de las mujeres en el país había sufrido un incidente de violencia a lo largo de su relación con su última pareja y en el 2014 según el índice para una vida mejor elaborado por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) la violencia aumentó 2.1%, pues el 47% de las mujeres mexicanas reconocieron haber sido víctimas de violencia física, sexual o emocional por parte de sus parejas.

A nivel nacional, Sonora ocupa la cuarta posición dentro de los estados con mayor proporción de mujeres víctimas de violencia en el lapso de octubre de 2010 y octubre de 2011, según datos del ENDIREH (2011) el 52.1% de las mujeres en Sonora ha sufrido de violencia por parte de su pareja, de igual manera se menciona que quienes inciden mayoritariamente en esta problemática son las mujeres de entre 15 y 29 años con un 51.1%, dentro del grupo de 30 a 44 años el 39.8% de las mujeres casadas o unidas son violentadas de alguna manera, mientras que a partir de los 45 años, esta proporción disminuye a 31.8%.

Las consecuencias de la violencia pueden variar pero entre ellas se encuentra la percepción de una mala salud (Prieto, 2014; Calvo & Camacho, 2014; Matud, 2004). Siendo este el punto de partida, la percepción de salud es la valoración subjetiva que tiene la persona con respecto a su estado de bienestar físico, mental y social, el cual puede no estar

propiamente ligado al estado real de salud (Moncada, Llorens, Navarro & Kirstensen, 2005), y esta puede ser consecuencia del maltrato físico sufrido o debido a que en términos psicológicos la violencia afecta la percepción de las mujeres de sí mismas y de sus entornos (OMS, 2002).

La percepción de la salud en mujeres víctimas de violencia ha sido poco estudiada, el centro de las investigaciones en torno a este fenómeno refiere más a las relaciones dentro del maltrato como en las consecuencias de este, Tajer, Gaba y Reid, (2013) exponen que la violencia tiene repercusiones en la salud de la mujer ya sea física o psicológicamente, de acuerdo a lo anterior, Guedes, García-Moreno y Bott, (2014) mencionan que la violencia es la principal causa de lesiones, discapacidad, dolor crónico, enfermedades o en casos extremos la muerte. Guido (2015) refiere que la violencia psicológica puede afectar más que la física, manifestándose con miedo, ansiedad o trastornos de sueño y depresión, sin embargo, son escasos los estudios que han realizado un énfasis importante a la percepción de salud en mujeres víctimas de violencia, por lo cual es necesario contar con instrumentos válidos para medir este constructo (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez & Sanz, 2011) no solo tomando en cuenta las pruebas para medir la salud física del individuo sino también para conocer la percepción de este y entonces tener una más amplia vista del fenómeno y para su posible abordaje.

Por ello, medir la salud desde una perspectiva psicológica implica el conocer cómo percibe un sujeto su salud, cómo percibe su cuerpo y su funcionamiento físico. Se ha encontrado que una buena percepción de la salud puede tener una repercusión positiva en el sujeto (Rodríguez, 2012).

Por lo tanto, el objetivo del estudio es validar una escala de percepción de salud y realizar su validez convergente y divergente con el constructo resiliencia. Ante la premisa de

la necesidad en medir la percepción de salud, la presente tesis se integra por cuatro capítulos que pretenden diferenciar los procesos en la construcción y validación de la investigación. El capítulo uno prevé la medición en psicología abarcando temas como la validez, confiabilidad, análisis factorial exploratorio y confirmatorio, resaltando la importancia de contar con medidas confiables. El capítulo dos destaca la relación entre variables, siendo al resiliencia una variable positiva para la percepción de una buena salud y la percepción de una mala salud en sentido contrario, tomando la violencia como la presencia latente de riesgos y analizándose la conducta adaptativa ante las circunstancias. El capítulo tres denota la serie de pasos desde su muestreo hasta la validez de la escala de percepción de salud en su convergencia y divergencia. Finalmente el capítulo cuatro rescata los puntos más importantes de la investigación en término de alcances e implicaciones que tiene nuestra aportación al campo de la psicología.

Capítulo I

La Medición en Psicología

La psicología en la actualidad tiene una tarea que toda ciencia conlleva: proporcionar una explicación acerca de un fenómeno en particular. A partir de las definiciones que la historia le ha dado a la psicología puede decirse que esta tiene como objetivo el estudio del comportamiento humano con el fin de realizar investigaciones que permitan observar las diferencias de estos entre si y en qué grado y tiempo se presentan (Morales, 1990).

Henry y Poling (2013) definen a la ciencia como el resultado del trabajo de los científicos, es decir, la obtención de conocimientos que fueron acumulados mediante el quehacer de las actividades científicas que estos desarrollan, de igual manera, la ciencia debe contar con ciertas características para ser considerada como tal, los autores mencionan las tres características principales de la ciencia:

1. Para ser considerada ciencia, aquellos científicos que la practiquen deben atender a fenómenos empíricos. La psicología en su historia, se ha visto saturada con la subjetividad y filosofía, esto se debe en parte a que la mayoría de los fenómenos que estudia, solo pueden ser percibidos por la persona que lo experimenta.
2. Para poder explicar un fenómeno en particular, es deber de los científicos entender las relaciones y eventos con el fin de proporcionar una explicación acerca de éste, en el caso de la psicología para llegar a las conclusiones o explicaciones primero se llevan a cabo experimentos en donde se utiliza una variable que puede ser manipulada por el científico (variable independiente), y se pone en contacto con otra variable (dependiente) para observar si la primera repercutió o cambio algo en la segunda. Con los resultados obtenidos de la experimentación es posible determinar las relaciones funcionales y proporcionar una explicación a determinado fenómeno.

3. Los científicos en su quehacer intentan predecir, controlar y entender los fenómenos que estudian. Si durante la experimentación se revela que la variable independiente es funcional en relación a la variable dependiente, se demuestra el control que los científicos tienen sobre la materia. Es por ello que una vez que los científicos en psicología pueden comprobar estas relaciones mediante la experimentación, es posible intentar corregir problemas conductuales en un escenario real.

Estas tres características muestran escenario en donde la psicología como ciencia se desenvuelve en el afán de explicar el comportamiento. Es por ello que dentro esta disciplina se diferencian dos métodos de investigación: el cualitativo y cuantitativo.

Según Sampieri, Collado, Lucio, y Pérez (2004) el método cualitativo es en donde se describe, observa, documenta o evalúa el comportamiento, en este método de investigación los datos son recogidos sin una medición numérica propia con el único fin de definir preguntas de investigación en donde se puede o no probar una hipótesis. El objetivo de la investigación cualitativa es el de comprender un fenómeno particular en un ambiente natural sin la intervención del investigador.

En cambio, el método cuantitativo utiliza la recolección de datos por medición numérica para probar hipótesis, tales como el análisis estadístico para reconocer patrones de comportamiento (Sampieri, Collado, Lucio, y Pérez, 2004). Dentro de la metodología de investigación cuantitativa, es posible observar que esta se basa en el uso de técnicas estadísticas para obtener determinados resultados y aspectos de interés sobre la población con la que se trabaja (Hueso y Cascant, 2012).

A su vez, la investigación cuantitativa utiliza el método hipotético-deductivo. Gómez y Roquet (2012) mencionan que la generación de conocimientos desde el método hipotético-deductivo compete principalmente a la revisión de teorías, y coincidiendo con Sampieri,

Collado, Lucio, y Pérez (2004) resaltan la importancia de poder o no comprobar una hipótesis utilizando apropiados diseños de investigación, en caso de no poder comprobarse se obliga a buscar nuevas explicaciones o rebatir la teoría en busca de mejores explicaciones o nuevas hipótesis.

Dentro del método cuantitativo, se encuentra un concepto clave para este trabajo, que es la medición, según Nunnally (1987) “es un conjunto de reglas para asignar número a los objetos, con el propósito de presentar cantidades de atributos” (p. 15). La medición resulta importante para la psicología científica ya que nos permite entender un fenómeno mediante la recolección de datos y la experimentación, además, resulta la mejor forma de obtener un análisis para que de esta forma puedan implementarse las medidas necesarias para corregir o comprender los problemas conductuales de determinada población.

A su vez, la medición se refleja en distintas escalas. Cohen y Swerdlik (1996) definen las escalas como “un conjunto de números u otros símbolos cuyas propiedades modelan propiedades empíricas de los objetos a los que se asignan los números” (p. 95), las escalas son comúnmente divididas en cuatro: nominal, ordinal, de intervalo, y de razón.

- Nominal: esta es la forma más simple de medición en donde se parte de una clasificación o categoría basadas en características particulares e excluyentes, por ejemplo: el sexo, clasificándose en masculino o femenino, como el estado civil de un individuo (soltero, casado viudo)
- Ordinal: esta escala permite un orden en rangos con base en una característica en específico, por ejemplo: el nivel de estudios de un individuo o el organigrama de una empresa.

- De razón: esta escala cuenta con las propiedades de la escala ordinal con la excepción de que en esta ocasión se cuenta con un cero absoluto, por ejemplo: el peso, la altura y la edad
- De Intervalo: en las medidas de intervalo el cero puede aplicarse arbitrariamente y no representa necesariamente una ausencia de cantidad, en este escala tiene gran similitud con la de razón, diferenciándose solo por la posición del cero. Se asignan números en donde las diferencias entre las medidas del atributo señalado, también sean iguales las diferencias entre números (Silva, 1992). Un ejemplo de esta escala es la temperatura.

1.1 La Historia de la Medición Psicología

Los comienzos de la psicología se remontan al filósofo Aristóteles (384-322 A.C.) ya que fue quien sugirió que en el momento de nacer, la mente de un niño está carente de experiencia, y formuló posteriormente las leyes básicas de la asociación: contigüidad, similaridad y contraste, por ello que algunos autores lo consideran como el padre de la psicología (Zinser, 1987); sin embargo, Nunnally y Donghi (1970) mencionan que los primeros estudios de la psicología han sido rastreados hasta la antigua china, pero no es hasta el siglo XIX que estos se empezaron a consolidar con el surgimiento de la psicofísica.

Un antecedente de la medición en psicología fueron los trabajos de Ernest Weber (1795-1878), que estudió la medida de los umbrales diferenciales en distintos niveles de estimulación y elaboró posteriormente la Ley de Weber. Weber junto con Fechner establecieron las bases de la psicofísica, y sus trabajos fueron un soporte para realizar estudios posteriores (Nunnally y Donghi, 1970). Por otra parte, Gustav Fechner (1801-1887) contribuyó en el desarrollo de varios métodos psicofísicos y su aplicación a una variedad de tipos de juicios humanos, desde sus aportes, la psicofísica avanzó y perfeccionó sus métodos, por ello Fechner es considerado como el “padre de la psicofísica”

De acuerdo con Nunnally y Donghi (1970), después del surgimiento de la psicofísica se realizaron los primeros estudios de las diferencias individuales. Francis Galton (1822-1911) estudió la heredabilidad de las características individuales e hizo estudios acerca de muy destacadas personalidades para apoyar sus puntos de vista, fue Galton quien acuñó por primera vez la expresión de “test mental”, además, se involucró en los estudios de Karl Pearson (1857-1936), quien desarrolló métodos estadísticos para las diferencias individuales, y estableció el coeficiente de correlación, parcial y múltiple, así como el análisis factorial.

Pearson estableció las bases de la estadística de variables múltiples que hoy se usa para psicología (Nunnally y Donghi, 1970), sin embargo fue gracias a Wilhelm Wundt (1832-1920) que la psicología llegó a ser por sí misma una disciplina científicamente independiente. Wundt es considerado como el primer verdadero psicólogo ya que estableció el primer laboratorio, y desarrolló el primer sistema psicología formal, por ello se le otorgó el título del “padre de la psicología experimental” (Zinser, 1987)

A comienzos del siglo XX, Charcot, Janet y Ribot, crearon el campo de psiquiatría al desarrollar las primeras teorías de psicopatologías. Freud posteriormente se apoyó en estos conocimientos y se creó el psicoanálisis. A pesar de las aportaciones y los avances realizados no es hasta los finales del siglo XIX que Alfred Binet (1857-1911) se enfrentó al problema de la medición de la inteligencia, y para principios del siglo XX en colaboración con Théodore Simon (1872-1961), completaron el primer test Binet-Simon que estudiaba la capacidad del niño para comprender y razonar acerca de los objetos de su ambiente cultural; el test despertó un gran interés, y años más tarde, Arthur Otis (1886-1964) trabajó en un test colectivo de inteligencia, conocido como el test alfa, después elaboró un test complementario llamado test beta. Éstas fueron las raíces de las pruebas psicológicas, pero fue hasta la década de 1950 y principios de 1960 que se presentó el apogeo de las pruebas y evaluaciones psicológicas (Cohen y Swerdlik, 1996; Nunnally y Donghi, 1970).

1. 2 La Confiabilidad y la Validez

Según Silva (1992) la confiabilidad se define como la carencia de errores de medición en el instrumento, otra definición proporcionada por Cohen y Swerdlik (1996) menciona que la confiabilidad se refiere al atributo de consistencia en la medición. Al tomar en cuenta los conceptos de varianza verdadera y varianza de error, se puede decir que la confiabilidad hace referencia a que entre más proporción del total se le pueda atribuir a la varianza verdadera, más confiable es la prueba, sin embargo, resulta imposible tener una prueba psicológica que esté fuera de todo error debido a las diversas fuentes de varianza de error como son la construcción, administración, calificación e interpretación de la prueba.

Otro punto de importancia y que comúnmente está en conjunto con la confiabilidad es la validez. La validez es definida por Cohen y Swerdlik (1996) como el hecho de que el instrumento mida lo que se pretende medir, mientras que la validación, es el proceso de recopilación y valoración en busca de evidencia de validez mediante el análisis. El concepto de validez es amplio y puede ser aplicado en diferentes situaciones dependiendo de lo que el investigador busca obtener, a continuación se muestran las distintas formas de validez (Cohen y Swerdlik, 1996):

- Validez de contenido: el grado en que un instrumento de medición es representativo de los atributos que pretende medir.
- Validez relacionada con el criterio: en este caso se realiza un juicio respecto a las puntuaciones del instrumento y lo adecuadas que éstas resultan para inferir en los resultados del individuo según sea la medida de interés.
- Validez de constructo: es el grado en que una escala y sus respectivas puntuaciones están midiendo el constructo para la que está diseñada.

Para fines del presente trabajo es necesario centrarse en la validez de constructo. Moscoso y Rodríguez (2000) mencionan que este tipo de validez es ideada como un proceso meramente científico con el fin de contrastar hipótesis, que son resultado de las inferencias realizadas por el investigador a partir de las respectivas puntuaciones de la escala, y de la evidencia recolectada durante el proceso de validación que puedan sustentar la hipótesis. La validez de constructo puede realizarse mediante diferentes procedimientos como el análisis factorial exploratorio y confirmatorio, y también con la validez convergente y divergente (Cohen y Swerdlik, 1996).

1.3 Análisis factorial Exploratorio y Confirmatorio

Para poder entender el análisis factorial es necesario explicar inicialmente lo que son las ecuaciones estructurales. Este es un procedimiento estadístico que enfatiza las covarianzas para predecir las relaciones individuales, el propósito fundamental es el que la matriz de covarianza de las variables estén en función de un conjunto de parámetros, es decir, que con base a los datos estadísticos obtenidos sea posible estimar las relaciones entre variables (Bollen, 2014)

Dentro de este procedimiento estadístico se encuentra el análisis factorial que fue propuesto inicialmente por Spearman (1863-1945). El análisis factorial actualmente se utiliza en psicología para evaluar la estructura de las escalas o test y para comprobar hipótesis mediante la utilización de puntuaciones en diferentes test; el análisis factorial compone un modelo estadístico con un sistema de ecuación de regresión en el que se pretende representar la relación que existe en un conjunto de variables no observables denominadas también factores (Piera y Carrasco, 2010; Vallejo, 2013)

Según Méndez Martínez y Rondón Sepúlveda (2012) el análisis factorial se divide en dos: exploratorio y confirmatorio. El análisis factorial exploratorio tuvo sus orígenes a

comienzos del siglo XX y constituye un análisis estadístico de interdependencia, es decir, que todas las variables son analizadas en conjunto para obtener las relaciones entre éstas, con ello busca definir grupos de variables que contengan una alto peso factorial entre sí. El análisis factorial exploratorio también es utilizado para reducir el número de variables utilizadas en un estudio dejando solo aquellas que resulten relevantes. Éste análisis se caracteriza por sus versatilidad.

Vallejo (2013), menciona que el análisis factorial exploratorio se compone de dos fases, la primera hace referencia a la condensación de factores, es decir, que se identifican aquellas variables o factores que tengan un mayor peso factorial dentro del grupo que revele la varianza explicada. La segunda fase busca obtener una estructura más simple e interpretable, como se mencionó anteriormente, es utilizado para reducir el número de variables para un estudio, también es en esta fase es donde se analiza el constructo tal como es definido por los ítems utilizados.

Por otra parte el análisis factorial confirmatorio se utiliza cuando se desea confirmar las correlaciones o covarianzas entre los factores establecidos (Corral, 1995), también puede ser utilizado para confirmar o refutar modelos de variables e hipótesis (Batista-Foguet, Coenders, y Alonso, 2004). Méndez Martínez y Rondón Sepúlveda (2012) mencionan que el análisis factorial confirmatorio es capaz de evaluar hasta qué punto el conjunto de factores seleccionados para un estudio se ajusta a los datos, en este sentido el investigador tiene una tarea más amplia, pues con los datos que obtenga puede formular hipótesis más concretas, o bien, confirmarlas.

Batista-Foguet, Coenders, y Alonso (2004) señalan que el análisis factorial confirmatorio tiene dos etapas para validar un cuestionario. La primera etapa llamada especificación, identificación y estimación, refiere a la especificación que se realiza con cada

variable sobre el factor que mide, y posteriormente se identifica si el modelo propuesto es válido. La segunda etapa se dirige al diagnóstico de la bondad de ajuste que permite observar los modelos que se ajusten mal a los datos y aquellos cuyo ajuste sea aceptable.

Para finalizar es importante realizar una diferenciación entre ambos análisis, en resumen, el análisis factorial exploratorio se utiliza para buscar las relaciones que existan entre un conjunto variables, este análisis no busca probar hipótesis mientras que el análisis factorial confirmatorio supone tener una hipótesis previa, además, el análisis factorial confirmatorio necesita de pruebas complementarias como la bondad de ajuste, y con base en los resultados, se confirma o no si el modelo resultante del análisis coincide con el propuesto por el investigador (Vallejo, 2013). Por ello y para fines del presente trabajo se hará un énfasis en el análisis factorial confirmatorio ya que la variable y los factores que se utilizaran en el estudio se encuentran ampliamente relacionados en la literatura por lo que resulta innecesario realizar un análisis factorial exploratorio, así pues, no se busca obtener una hipótesis sino confirmarla.

1.4 Validez Convergente y Divergente

Según Corral (1995) y Vallejo (2006) la validez convergente se obtiene cuando se mide un mismo rasgo con medidas independientes o métodos distintos que produzcan correlaciones altas y significativas entre sí, en otras palabras, en la validez convergente el investigador asegura que los factores que teóricamente deberían estar correlacionados entre sí, realmente lo estén (Fayers y Machin, 2013).

En otro caso se encuentra la validez divergente, al contrario de lo que supone la validez convergente, esta intenta mediante el mismo método medir distintos rasgos (Vallejo, 2006), con el fin de encontrar correlaciones bajas o débiles (Fayers y Machin, 2013; Jones, Pohar, Feeny y Eng, 2014; Koch, Ortner, Eid, Caspers, y Schmitt, 2015), además, permite medir que aquellos factores que la teoría indique que no estén relacionados, en realidad no lo

estén. Campbell y Fiske (1959) mencionan la importancia de realizar la validez divergente y convergente para la validación de instrumentos de medición. Para obtener la validez convergente y divergente de manera paralela puede utilizarse el modelo multirasgo – multimétodo, que muestra las correlaciones correspondientes a cada tipo de validez (Corral, 1995; Campbell y Fiske, 1959).

Campbell y Fiske (1959) expusieron esta técnica para examinar evidencia de validez convergente y divergente con la matriz multirasgo- multimétodo, esta matriz es el resultado de correlacionar variables y métodos, y con ella se exponen cuatro criterios fundamentales, un criterio se dirige a la validez convergente convergencia y los tres restantes a la divergente.

Criterio de la validez convergente:

1. Los coeficientes de validez deben ser significativamente diferentes de cero.

Criterios de la validez divergente:

2. El coeficiente de validez para una variable debe de ser más alto que las correlaciones obtenidas entre esa variable y otra variable sin tener un rasgo o método en común.
3. Una variable se correlaciona altamente con medidas independiente para el mismo rasgo que una misma medida para diferentes rasgos.

1.5 La necesidad de contar con medidas confiables y válidas

En la actualidad resulta necesario contar con instrumentos útiles que sean confiables y válidos que permitan mejorar el proceso de diagnóstico y tratamiento, y también puedan ayudar al progreso de la psicología como ciencia (Roncero, 2015). De esta forma, el producir conocimiento que sea confiable con base a los datos obtenidos permite una mayor credibilidad a las aportaciones de la psicología (Lucero, Lara, Muñiz, López y Galindo, 2013), y de igual manera, reconoce que al momento de evaluar o realizar un diagnóstico se

tenga mayor seguridad de que lo que está midiendo sea de forma correcta, debido a que se observa una correspondencia entre lo que se observa y lo que se cree medir (Argibay, 2006).

Por lo revisado anteriormente, cualquier medida del comportamiento debe mostrar ser confiable y válida (Corral, 1995; Franzen, 2013). Batista-Foguet, Coenders y Alonso (2004) y Silva (1992), igualmente mencionan la importancia tanto de la confiabilidad como la validez en los cuestionarios, ya que esto conforma la calidad de los instrumentos, y su utilidad en la evaluación de una población específica. La confiabilidad y validez de los instrumentos asegura que las mediciones sean éticas, precisas y exactas (Cardona-Arias, Ospina-Franco y Eljadue-Alzamora, 2015).

La utilidad de la construcción y validación de un instrumento que mida la percepción de la salud implica el conocer cómo percibe un sujeto su salud, cómo percibe su cuerpo y su funcionamiento físico, Sánchez & Echeverry (2004) mencionan la dificultad de medir la salud física de forma directa, al ser este un fenómeno complejo la percepción de la salud del individuo se vuelve una alternativa viable de medida que complementa las medidas objetivas del estado de salud física. Se ha encontrado que una buena percepción de la salud puede tener una repercusión positiva en el sujeto (Rodríguez, 2012).

Capítulo II

El Concepto de Salud

El ser humano ha estado motivado a definir y remediar los problemas en un orden estricto y estructurado, por ello, concretar la salud como concepto significó años de modificación hasta obtener una concepción integral cercana a lo objetivo y no solo como antónimo de enfermedad. La salud involucra varias perspectivas y tuvo su origen en un punto de vista mágico religioso que involucraba filosofías diversas reducidas a un alma y un cuerpo como un todo, con consecuencias inmateriales y sin un razonamiento de causalidad (García, 2015). Ejemplo de ello está la ayurveda, el cual es considerado como el sistema curativo más antiguo e involucraba al cuerpo, la mente, el espíritu, la vida y la consciencia. Los griegos sostuvieron un concepto de salud más racional donde ya no se concebía a la enfermedad como lo anormal y desviado, si no que se centraron en una aproximación sobre la enfermedad y la salud desde una línea plenamente científica (Bhugra, 2006; Gavidia & Talavera, 2012; García, 2015), al ignorar el alma y dirigir el concepto de salud hacia el cuerpo. Para el siglo XIX con el racionalismo ilustrado, se representaron a las lesiones como elemento fundamental de enfermedad y se creó un interés por objetivar los procesos y alteraciones que distinguía el organismo (Gavidia & Talavera, 2012)

No fue hasta el año de 1948 que 61 gobiernos se reunieron con la finalidad de cooperar entre ellos y promocionar la salud a todas las personas, por las necesidades que se empezaban a generar en materia de salud y de esta manera fue creada lo que ahora conocemos como la organización mundial de la salud (Gómez, 2009). En su Carta constitucional la Organización Mundial de la Salud en 1946 (OMS, 2006) definió la salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1). En esta definición ya no solo se considera a la salud en una limitación del cuerpo, sino de forma más inclusiva e integra el área psicológica y social,

y rompe con la noción tradicional de salud como algo puramente biológico. En 1948 la OMS también incluyó características en la salud como un derecho que independientemente de la particularidad de cada individuo se debe poseer, donde además entran en juego no solo conceptos como bienestar sino uno actualizado relacionado a la calidad de vida (Guerrero & León, 2008). La definición de salud de la OMS no ha estado exenta de críticas. Salleras (1989) catalogó como utópicas, estéticas y subjetivas las palabras usadas en la definición, las primeras en resaltar es la determinación de la palabras “completo estado”, reconociendo que no existe una condición absoluta, ni dada por enfermedad ni dada para salud,; en segundo término, al considerarse a la salud como un estado limita su concepción como proceso dinámico, por último, con la palabra “subjetivo” no se pueden determinar los factores de bienestar así como el de malestar, estos solo dependerán de la interpretación de cada individuo. A pesar de las críticas el concepto de salud de la OMS se encuentra aún vigente.

2.1 La Percepción de la Salud

Por percepción de salud, se entiende según Moncada et al., (2005), la sensación subjetiva que tiene la persona con respecto a su estado de bienestar físico, mental y social, el cual puede no estar propiamente ligado al panorama real del estado de salud, esta relación anteriormente mencionada, podría estar determinada por la personalidad (Esnaola, Infante, Rodríguez & Goñi, 2011) el estilo de vida, los datos sociodemográficos, e inclusive el contexto sociocultural con los que el individuo entra en contacto, por tanto podemos asimilar que el individuo es el responsable de los efectos que tiene la salud sobre sí mismo y él es el responsable de modificar las acciones para encaminarse a una mejor salud (Gavidia & Talavera, 2012). Rodríguez (2012) discierne que todos estos factores que entran en interacción con el individuo podrían generar desigualdades no solo en un ámbito social, sino también desigualdades de salud, por ejemplo, una mujer cuya rutina está definida bajo dos roles, madre y trabajadora, tendría un efecto negativo en la percepción de su salud, en

comparación, a una mujer que solo se dedica a las tareas del hogar, dado que las condiciones laborales son distintas. Esta perspectiva también puede estar definida por factores socioculturales, donde el rol femenino es inferior al rol masculino, lo cual afectaría directamente en la percepción que tienen los otros sobre la mujer, y como ésta acepta el rol que la sociedad le indica, esto implicaría una sobrecarga física y por consiguiente un presente deterioro de salud. Por lo tanto Vélez, López y Rajmil (2009) señalan que en diversos estudios la percepción de salud es peor en mujeres, dado que las mismas asocian el estado de bienestar con condiciones físicas, que al no encontrarse dentro de los estereotipos sociales, habría un efecto en la sensación subjetiva de sí mismas, repercusiones en la autoestima y en el autoconcepto.

La percepción de salud es un detonante para la posible presencia o no presencia de una enfermedad, dado que guarda una estrecha relación con la mortalidad y la utilización de los servicios de salud (Delgado, Saletti-Cuesta, López-Fernández & Toro-Cárdenas, 2013). Si un sujeto tiende a sentirse sano, aun cuando no lo está, no considerará necesario acudir a un médico, por lo tanto, esta decisión a largo plazo podría ser un grave indicador patológico o de consecuencias negativas para el estado de bienestar. Normalmente una buena percepción de salud se presenta en personas que acostumbran tener estilos de vida saludable, como comer bien y hacer ejercicio, a las cuales se les genera un menor estrés y un mejor estado anímico, además de sentirse satisfechos con su vida e interpretar las situaciones neutrales o ambiguas como positivas (Rodríguez, 2012); también, según Hernández y Ramírez (2014) el apoyo social es un significativo disposicional para una buena percepción, dado que diversos estudios coinciden que al mantener vínculos emocionales y sociales, propician una perspectiva positiva, así como el no contar con relaciones, concibe un estado de ánimo negativo y susceptible a enfermedades.

Por tanto la salud en la actualidad es estudiada en diversas disciplinas bajo distintas circunstancias y conceptos, sin embargo entre las diversas definiciones de salud se encuentran algunas distinciones. Rodríguez (2012) señala que un concepto de salud como positivo (buena salud) implica realzar el papel de las capacidades físicas, así como los recursos personales y sociales. Terris (1980; 1982) y Amar, Martínez y Utria (2013) proponen dos aspectos para explicar la relación entre la salud y la enfermedad, la primera como subjetivo en ella encontramos lo que consideramos buena o mala salud y el objetivo observable que es la posibilidad de funcionar. De esta forma sentirse bien equivale a estar en bienestar que incluye no presentar molestias, ni sufrimientos, y con respecto a la capacidad de funcionar es poder ejecutar las acciones del día, tales como, cocinar, trabajar, relacionarse, entre otras. La percepción de salud es un concepto dinámico, creativo, ideal y en constante cambio limitado al marco social en el que actúa, es decir, el contexto bajo el cual es determinado (Gavidia & Talavera, 2012).

Es por lo anteriormente señalado que es necesario contar con medidas confiables, como ejemplo un estudio realizado por Cladellas y Castelló (2011) se midió la percepción de salud utilizando tres dimensiones del cuestionario ISTAS21 versión en lengua castellana del Cuestionario Psicosocial de Copenhague con un alfa de Cronbach que oscila en .65 y .92, las dimensiones utilizadas son: salud general, salud mental y vitalidad, con un total de 14 ítems, los autores en este caso no contaban con una escala propicia para medir la percepción de salud, por ello se utilizó tres diferentes dimensiones de un mismo instrumento cuyo fin se encaminaba a la actividad profesional-laboral.

En otro caso, Esnaola, Infante, Rodríguez y Goñi (2011) evaluaron la percepción de salud iniciando con un cuestionario introductorio que indaga entre los hábitos del individuo, como el sueño, alimentación, drogas, entre otras variables, y finalizando con una pregunta

“¿Cómo crees que es tu salud?” con cuatro opciones de respuesta, los autores, en este caso, no exponen las propiedades psicométricas del cuestionario utilizado.

Continuo a lo anterior, se encontró en una investigación realizada por Séculi, Fusté, Brugulat, Junca, Rué y Guillén (2001) donde evaluaron la percepción de salud con una sola pregunta “¿Usted diría, que en general, su salud es...?” con cinco opciones de respuesta, en otra investigación elaborada por Videra-García y Reigal-Garrido (2013) se utilizó el Cuestionario de Salud General (GHQ-30) de Goldberg y Williams (1996) para medir la percepción de salud, sin embargo este cuestionario fue diseñado para detectar trastornos psíquicos, centrándose en aquellos componentes psicológicos que identifican la mala salud, en los estudios anteriormente mencionados se han utilizados escalas o cuestionarios que se cuestiona puedan medir la percepción que tenga el individuo sobre su salud, ya que son instrumento realizados en el momento de la investigación, o bien, utilizando escalas que originalmente fueron diseñadas para otros propósitos

Por otra parte se han realizado instrumentos con el objetivo de medir la percepción de salud, como el Cuestionario de Percepción de Salud de Davies y Ware (1981), el instrumento consta de 30 ítems y se divide en siete dimensiones: salud actual, salud anterior, salud futura, la preocupación por la salud, la orientación a la enfermedad y la resistencia a la enfermedad, con un alfa de .86 con un intervalo de medición que oscila entre 0 y 1; también se encuentra la Escala de Salud Percibida de Fernandez-Ballesteros, Zamarron y Ruiz (2001) que consta de cinco ítems y con un alfa de .76, esta escala fue validada para población de adultos mayores. A razón de todo lo mencionado es que se encuentra el interés y necesidad de concretar un instrumento específico para la percepción de salud física en una población de mujeres que presentan situaciones de violencia.

2.2 Violencia hacia la mujer y salud

Uno de los principales contextos que afectan a la percepción de salud es el contexto de violencia, esta constituye por sus consecuencias un problema de salud pública. Se define como el abuso y/o agresión de connotación psicológica, física o sexual hacia un individuo (Menéndez, Pérez & Lorence, 2013). La violencia afecta de forma muy específica a la población femenina, debido a que muchas de las agresiones que experimentan son originadas por su pareja sentimental. La violencia de pareja también llamada maltrato de pareja o violencia doméstica, ha alcanzado una alta prevalencia dentro de la sociedad y es una de las principales causas prevenibles de morbilidad y mortalidad en la mujer (Blitchtein-Winicki & Reyes-Solari, 2012). De acuerdo con Burgos, Canaval, Tobo, Bernal y Humphreys (2012) el inicio de la violencia se presenta en los primeros meses de relación de pareja, convirtiéndose en un patrón repetitivo y continuo que tiende a prolongarse con el tiempo (Blitchtein-Winicki & Reyes-Solari, 2012).

Entre las consecuencias que presentan las mujeres cuando experimentan la violencia de pareja es una percepción mala de su salud física (Prieto, 2014; Calvo & Camacho, 2014; Matud, 2004). Ésta percepción tiene relación con secuelas de tipo físico que puede dejar la violencia, o porque en términos psicológicos la violencia afecta la percepción de las mujeres de sí mismas y de sus entornos (OMS, 2002).

No todas las mujeres que sufren de violencia experimentarán sus consecuencias negativas con respecto a percepciones negativas de su salud. La resiliencia es fenómeno que consiste en presentar respuestas adaptativas a pesar de los riesgos (Gaxiola, 2013).

2.3 Resiliencia y salud

El término resiliencia aparece por primera vez en la física, referida como una capacidad material de recobrar la forma después de ser sometida a altas presiones, donde

Resilio significa volver atrás (Amar, Martínez & Utria, 2013) en términos psicológicos, Gaxiola y Frías (2007) la conciben como la capacidad para exhibir respuestas adaptativas ante condiciones de riesgo, que al experimentar la adversidad empleado como factores de riesgo a las que el individuo se ve expuesto, tiene la capacidad de sobreponerse, crecer y desarrollarse, de esta forma crea una resistencia hacia dicha adversidad, madurando como un ser competente pese a las circunstancias, éste desarrollo es permitido por los factores protectores con los que el individuo entra en contacto (Gaxiola, Frías, Hurtado, Salcido & Figueroa, 2011). Cicchetti y Garmezy (1993; Garmezy, 1981) en años anteriores lo concibió como la capacidad del individuo de mantenerse adaptado a la adversidad mediante un funcionamiento saludable que le permitiera superar a circunstancias no beneficiosas; por otra parte, Rutter (1985) lo consideró como un proceso en el desarrollo interactivo que se da a través del tiempo entre el niño y su entorno familiar, social y cultural, este concepto en especial guarda una relación con lo expuesto por Vera, Carbelo y Vecina (2006) donde se plantea la resiliencia como la proyección de una persona hacia el futuro a pesar y a través de los acontecimientos que han desestabilizado la vida, por tanto, la resiliencia es un proceso de adaptación de forma exitosa con la existencia de circunstancias desafiantes o amenazantes (Palomar & Gómez, 2010).

La resiliencia requiere del cumplimiento de 3 características esenciales propuestas por Gaxiola, González, Domínguez y Gaxiola (2013) en un primer momento requiere de la existencia de una amenaza o riesgo para el desarrollo, el segundo componente trata que la persona adquiera en relación a sus interacciones psicológicas la disposición para la resiliencia, es decir, que desee superarse y adaptarse a la adversidad, el último y tercer componente, es que el individuo se muestre competente en una tarea de desarrollo de acuerdo con la edad y cultura. Paralelo a las 3 anteriores características expuestas Cabrejos (2005) menciona que la facultad de recuperación implica dos componentes, la resistencia frente a la

destrucción y la capacidad para adherirse a conductas vitales positivas. Al conjunto de atributos personales (cualidades) que permite superar las situaciones de riesgo se clasifican en diez dimensiones de carácter disposicional, los cuales son, afrontamiento, empatía, flexibilidad, actitud positiva, sentido del humor, perseverancia, religiosidad, autoeficacia, optimismo y orientación a la meta (Gaxiola, Frías, Hurtado, Salcido y Figueroa, 2011), las últimas 7 son las consideradas por el inventario de resiliencia (IRES) los cuales se muestran a continuación.

- Actitud positiva, incluye la percepción positiva de la vida en el aprendizaje de las circunstancias negativas, también trata de una búsqueda por personas positivas y en el procurar ser feliz.
- Sentido del humor, factor disposicional de sonreír aun en la adversidad.
- Perseverancia, es la construcción y mantenimiento de los esfuerzos hasta lograr una meta a pesar de los obstáculos y con la habilidad de reajustarse aprendiendo el valor de la adversidad.
- Religiosidad, conceptualización de las dificultades de la vida en relación a las creencias religiosas del individuo.
- Autoeficacia, capacidad propia de organizar y ejecutar tareas.
- Optimismo, tendencia a la expectativa positiva ante la espera de resultados favorables.
- Orientación a la meta, determinación de metas y aspiraciones y los recursos necesarios para lograrlas.

La variable resiliencia se ha señalado que se relaciona de manera positiva con la percepción de buena salud (Vinaccia, Quinceno, Medina, Castañeda y Castelblanco, 2014; Gutiérrez y Romero, 2014; Canaval, González y Sánchez, 2007). Otras investigaciones muestran que la percepción mala de la salud se relaciona negativamente con la resiliencia

(Quinceno & Vinaccia, 2013; Vinaccia, Quinceno & Remor, 2012; Vinaccia & Quinceno, 2011). Por tal motivo el constructo resiliencia puede ser utilizado para realizar la validez convergente y divergente del constructo de salud percibida.

A partir lo de visto anteriormente es posible formular los objetivos e hipótesis que se perseguirán en el trabajo.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es probar la validez de constructo de una escala de percepción de salud en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Objetivos específicos:

- Evaluar los pesos estructurales del constructo de buena y mala percepción de salud.
- Evaluar la validez convergente para la escala, tomando en cuenta la resiliencia y la buena percepción de la salud
- Evaluar la validez divergente tomando la variable de resiliencia con la mala percepción de la salud

Hipótesis

- La escala para medir la salud presentará una confiabilidad y validez aceptable con base a la validez de constructo
- La resiliencia tendrá una relación negativa con la mala percepción de la salud
- La resiliencia tendrá una relación positiva con la buena percepción de la salud

En la figura 1 puede observarse el modelo a probar.

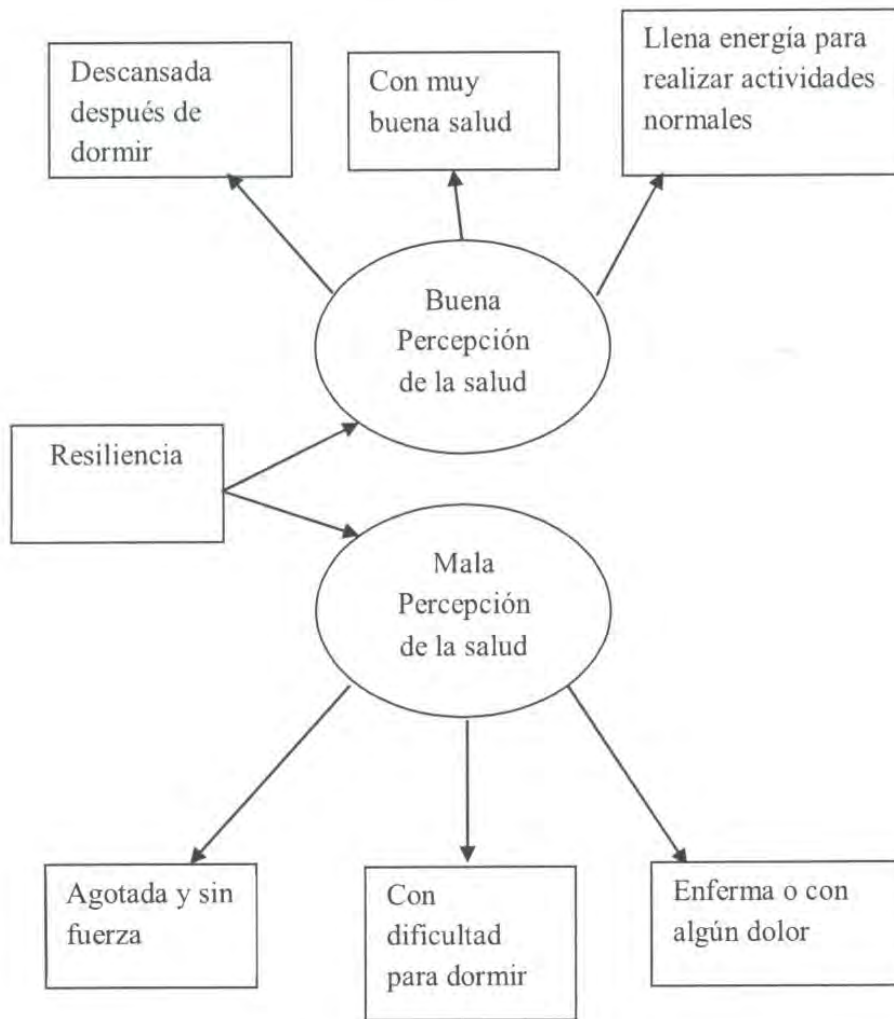


Figura 1. Modelo de la escala salud percibida a probar.

Capítulo III

Método

3.1 Participantes

Previo consentimiento informado, se entrevistaron a 330 madres de familia de niños de 5° y 6° año de primaria, seleccionadas a partir de que sus hijos asistían a una de las 10 escuelas con los más altos puntajes de la prueba ENLACE (SEP, 2012), así como las 10 escuelas con los más bajos puntajes de la misma prueba, todas ellas localizadas en el estado de Sonora, ubicado en el noroeste de México. Con la selección realizada se obtuvo una muestra donde participaron madres de diversos lugares del estado de Sonora. De las 330 madres que contestaron la encuesta, se usó la muestra de 254 mujeres que reportaron al menos una experiencia de violencia de pareja en su relación. Al momento del estudio las mujeres participantes eran madres de niños que cursaban la educación primaria en escuelas públicas. Las instituciones educativas se seleccionaron por los bajos y altos niveles de aprovechamiento escolar según los reportes oficiales (SEP, 2012). La búsqueda de escuelas con bajo aprovechamiento fue por la relación inversa existente entre la violencia de pareja y el aprovechamiento escolar de los hijos (Hungerford, Wait, Fritz & Clements, 2012). Los criterios de inclusión seleccionados para estratificar la muestra fueron que las madres estuvieran viviendo con su pareja en el momento de la entrevista, además que supieran leer y escribir, ya que los instrumentos fueron auto-administrados.

El estado civil de las participantes fue de 65.3% (n= 166) casadas, el 31.1% (n=79), unión libre, el 0.7% (n=2) eran divorciadas viviendo con su pareja, y el 2.75% (n=7) no indicó su estado civil. El 61% (n=155) de las madres trabajaban en el hogar, el 10.2% eran obreras (n=26), el 1.5% se dedicaban a un negocio propio (n=4), y el resto, 27.1% (n= 69) fueron empleadas sin especificar.

En la tabla 1 y 2 se muestran los datos sociodemográficos de la muestra.

Tabla 1. Nivel educativo de la muestra de madres

Variable	Frecuencia	Porcentaje
NIVEL EDUCATIVO		
Ninguna	3	1.2
Primaria	34	13.4
Secundaria	114	44.9
Bachillerato	64	25.6
Profesional	25	9.8
Posgrado	7	2.8
Total datos	248	97.6
Datos perdidos	6	2.4
Total	254	100

Tabla 2. Estadísticas descriptivas de la muestra de madres

Variables	N	Media	D.E	Mínimo	Máximo
Edad	245	35.24	5.8	25	58
Número de hijos(as)	253	2.99	1.1	1	6
Ingreso mensual madres	243	1573.29	3233.7	0	35000
Ingreso familiar	243	6237.20	6892.6	0	60000

Nota: el ingreso familiar se encuentra en pesos mexicanos.

3.2 Instrumentos

Se aplicó un instrumento que contenía datos demográficos como la edad, estado civil, el número de hijos, el tiempo de vivir con su pareja, la educación propia, la educación de la pareja, la ocupación propia y la de su pareja, el tipo de empleo propio y el de la pareja, así como el ingreso propio y el de su pareja. En el instrumento se incluyeron también escalas que midieron, la violencia de pareja, y la resiliencia.

Para medir la percepción de salud física se utilizó una escala realizada especialmente para la investigación con 6 ítems que constan en dos dimensiones, la buena y la mala salud, cada una con tres ítems para evaluarla. Ejemplo de pregunta: “¿Cuántos días en las últimas dos semanas usted se ha sentido agotada y sin fuerza?”. La escala obtuvo un valor de alfa de .63. Las respuestas van de cero días hasta 14 días. El diseño de la presente escala fue determinado bajo el análisis de literatura, por ejemplo de un cuestionario introductorio “Registro de salud percibida” (Esnaola, Rodríguez & Goñi, 2011), y por la consideración que Cladellas y Castelló (2011) hacen sobre la salud percibida, la primera por la agrupación de salud percibida asignada en dos términos la salud negativa y positiva; la segunda denota la salud general, mental y la vitalidad con una elaboración de cinco preguntas, por ejemplo, “ En general, durante el último año, ¿te has sentido desanimado y triste?”.

La violencia hacia las mujeres se midió con la escala de Tácticas de Conflicto de Straus (1990), la cual contiene 22 preguntas sobre la frecuencia con la que las mujeres recibieron agresiones en los últimos seis meses por parte de sus parejas. Un ejemplo de una pregunta es “cuántas veces su pareja la ha insultado o dicho malas palabras”. La escala de tipo Likert va del cero al seis, en donde: 0= nunca, 1= una vez, 2= dos veces, 3= tres a cinco veces, 4= de seis a diez veces, 5= de once a veinte veces, y 6= más de veinte veces. Straus reportó un valor de *alfa* de Cronbach de .78 para toda la escala.

Para evaluar las disposiciones a la resiliencia, se utilizó el Inventario de Resiliencia (IRES) que se conforma por 20 preguntas que evalúan con cinco opciones que van desde nada a totalmente, siete dimensiones que según la literatura caracterizan a las personas resilientes: actitud positiva, sentido del humor, perseverancia, religiosidad, autoeficacia, optimismo y orientación al logro. El *alfa* de Cronbach para todo el instrumento fue de .93 (Gaxiola, Frías, Hurtado, Salcido y Figueroa, 2011).

3.3 Procedimiento.

Se elaboró un instrumento de percepción de salud física a partir del análisis de literatura sobre la temática, debido a que no se encontraron instrumentos que midan de forma directa la percepción de salud se procedió a retomar los puntos más significativos que fueran retomados por los autores y con base a ellos se diseñaron los ítems del instrumento, se procesaron las variables pertenecientes de cada factor en el programa SPSS v20 con respecto a su grado de confiabilidad. En el programa EQS se llevó a cabo su análisis confirmatorio y la obtención de sus indicadores prácticos. Mediante un pilotaje se obtuvo que el instrumento es adecuado para medir percepción de salud.

Se solicitaron los permisos correspondientes en las escuelas seleccionadas, con el fin de realizar la investigación. Una vez que se obtuvo el permiso de los directores de las escuelas, se acudió con los profesores para explicarles el estudio y solicitarles también su participación voluntaria. Se eligieron los grupos de quinto y sexto grado, las madres firmaron voluntariamente su consentimiento informado para participar en el estudio.

La encuesta fue llevada a las madres por medio de sus hijos(as) en un sobre cerrado con instrucciones de llenado generales adheridas a la parte frontal del sobre.

Se solicitó a los estudiantes que las encuestas contestadas, fueran devueltas al siguiente día con los instrumentos de violencia de pareja, resiliencia y percepción de salud, en el mismo sobre. Se aclaró a los niños(as) que su participación era totalmente voluntaria y que no tendría ninguna repercusión en sus calificaciones, del mismo modo no se pidió el nombre en la entrevista, pero se aseguró que fuera el mismo folio que el niño entrevistado.

A cada niño(a) que entregó la encuesta contestada se le regaló una bebida de frutas. Fueron devueltas el 96% de las encuestas contestadas y se eliminaron el 5% de las encuestas por haber dejado de contestar más de una escala. Al final del estudio se les impartió una

plática informativa sobre la violencia intrafamiliar, y las instituciones gubernamentales gratuitas que pudieran atender la violencia en caso necesario. Para la realización del análisis factorial confirmatorio se utilizó la muestra conjunta de madres de los niños que asistían tanto a las escuelas con altos y bajos puntajes, para mayor recolección de datos.

3.4 Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron capturados en el programa estadístico SPSS 20. Los datos perdidos fueron sustituidos con la media de las respuestas de cada pregunta, los cuales correspondieron al .9%, del total de datos.

Se realizaron análisis descriptivos de frecuencias para las variables categóricas y medias y desviaciones estándar para las variables. Se efectuaron análisis de las alfas de Cronbach de cada una de las variables con el fin de medir su grado de confiabilidad.

Tabla 3. Valores de Alfa de Cronbach de las variables de la investigación

Variables	Alfa de Cronbach
Violencia de pareja	.94
Percepción de Salud	.63
Percepción de Buena Salud	.73
Percepción de mala salud	.86
Resiliencia	.93

Se realizó un análisis factorial confirmatorio empleando para ello el software EQS 6.1. El análisis factorial confirmatorio, requiere cumplir con las bondades de ajuste, esto es con un grado mínimo de correspondencia entre el modelo que la representa y los datos utilizados para probar esa teoría (Corral, Frías y González, 2001). Los indicadores de bondad de ajuste utilizados son primeramente el valor de Chi cuadrado (χ^2) que determina la diferencia entre el modelo teórico propuesto y un modelo saturado formado por las relaciones entre todas las variables. Si el modelo teórico es pertinente, éste no es diferente del saturado,

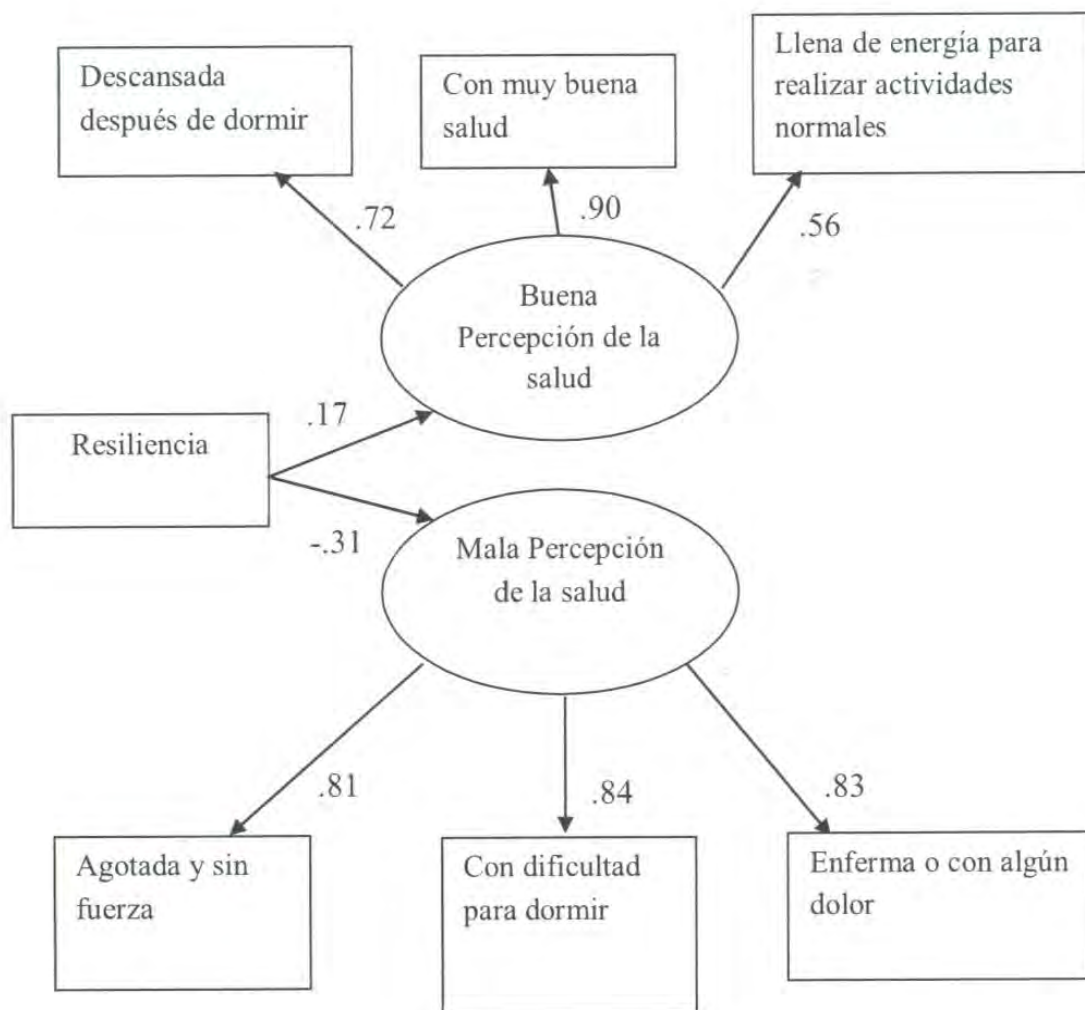
por lo que la χ^2 tendrá un valor alto y no significativo ($p > .05$). Otros estadísticos empleados fueron la validez convergente y divergente del constructo de percepción de la salud se espera que los valores sean cercanos a 1, también se utilizó los indicadores prácticos que consisten en una serie de estadísticos derivados de la χ^2 , que controlan el efecto del número de sujetos sobre la significatividad de la comparación. Se espera que los indicadores prácticos presenten valores cercanos a 1.0 (arriba de .90) para considerar al modelo con aceptable bondad de ajuste (Bentler, 2006). Son ejemplos de estos indicadores, el Índice Bentler-Bonett de Ajuste Normado (IBAN) y el Índice Bentler- Bonett de Ajuste No Normado (IBANN).

El procedimiento de análisis factorial confirmatorio realizado consistió en probar cada una de las variables manifiestas de cada factor, es decir cada uno de los ítems que conformaron las escalas. Con dicho análisis se esperaba que cada factor obtuviera bondades de ajuste aceptables con sus indicadores probados. En caso de que el factor probado obtuviera valores inferiores a .90 en alguno de los indicadores de bondad de ajuste, se eliminarían paulatinamente los ítems cuya R^2 fueran más bajas (comparadas con los valores obtenido por el resto de ítems), hasta obtener las bondades de ajuste aceptables de la escala.

Con el análisis anterior resultó el modelo del análisis factorial confirmatorio con las variables manifiestas o ítems que lo conformaron.

3.5 Resultados

A continuación se muestra la figura 2, donde es posible observar el modelo para la escala de salud percibida con los datos obtenidos del análisis factorial confirmatorio y con los respectivos datos de la validez convergente y divergente.



$\chi^2 = 24.02$ 11 G. de L. $p = 0.0126$ BBNFI = .96 BBNNFI = .96 CFI = .97 RMSEA = .06

Figura 2. Análisis de validez convergente y divergente en la escala salud percibida.

El modelo mostró que la variable resiliencia presenta validez convergente con la buena percepción de salud (.17) y validez divergente para la mala percepción de la salud (-.31), a su vez el factor de buena percepción de salud se conformó por los ítems “Descansada después de dormir” (.72), “Con muy buena salud” (.90) y “Llena de energía para realizar actividades normales” (.56), y el factor mala percepción de salud se conformó por “Agotada y sin fuerza” (.81), “Con dificultad para dormir” (.84) y “Enferma o con algún dolor” (.83), puede observarse que tanto los ítems de buena percepción como los de mala percepción presentan validez convergente con su respectivo factor. Se cumplieron las bondades de ajuste de BBNFI= 0.96

y BBNNFI= 0.96, CFI=0.96, y un valor de RMSEA=0.06, por lo cual el modelo es aceptable (Bentler, 2006). También se cumplió con una relación entre el valor de Chi cuadrado y los grados de libertad menor a tres (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010).

Se pudieron obtener los pesos estructurales más significativos de la escala como el ítem de “con muy buena salud” dentro del factor de la buena percepción de la salud con .90 y los ítems de “con dificultad para dormir” y “enferma o con algún dolor” de .84 y .83 respectivamente para el factor de la mala percepción de la salud.

En la tabla 4 se encuentran los resultados obtenidos de la escala de violencia, de acuerdo a las respuestas de las participantes las cinco medias más altas fueron de los ítems: “Le ha insultado o dicho malas palabras” ($m=.97$), “Que tan seguido se ha sentido criticada” ($m=.87$), “Que tan seguido tiene discusiones violentas” ($m=.84$), “Se ha negado a hablar de algún problema” ($m=.73$) y “Se ha salido del cuarto de manera violenta” ($m=.62$).

Tabla 4. *Escala de Violencia. Valores mínimos y máximos, media y desviación típica.*

Escala y variable	N	Min.	Max.	Media	DE	Alfa.
VIOLENCIA DE PAREJA						.94
Que tan seguido tiene discusiones violentas	254	0	6	.84	1.39	
Que tan seguido se ha sentido criticada	254	0	6	.87	1.48	
Le ha insultado o dicho malas palabras	254	0	6	.97	1.57	
Se ha negado hablar de algún problema	254	0	6	.73	1.47	
Se ha salido del cuarto de manera violenta	254	0	6	.62	1.36	
Ha hecho algo para causarle problemas	254	0	6	.46	1.23	
Le ha amenazado con pegarle con algo	254	0	6	.42	1.04	
Ha tirado, quebrado o pateado alguna cosa	254	0	6	.59	1.22	
Le ha tirado con algo a usted	254	0	6	.26	.96	
Le ha empujado, agarrado violentamente	254	0	6	.46	1.13	
Le ha pegado una cachetada	254	0	6	.25	.89	
Le ha dado una patada, puñetazo o mordido	254	0	6	.18	.81	
Le ha dado o tratado de darle un golpe	254	0	6	.19	.77	
Le ha golpeado durante algunos minutos	254	0	6	.12	.64	
La ha tratado de estrangular	254	0	6	.04	.21	
La ha amenazado con un cuchillo o pistola	254	0	6	.03	.24	
La ha obligado a tener relaciones sexuales	254	0	6	.10	.63	
La ha amenazado con dañar o llevarse a los niños	254	0	6	.05	.26	
Ha herido o matado algún animalito de la casa	254	0	6	.05	.27	
Le ha dicho que la va a matar	254	0	6	.09	.56	
La ha roto la ropa o destruido cosas	254	0	6	.18	.82	
Ha invadido su intimidad	254	0	6	.51	1.23	

En la tabla 5 se representan las disposiciones a la resiliencia, obteniéndose medias que van de $m=3.17$ a $m=3.66$ que se centran en “La mayoría de las veces” llevan a cabo las siguientes afirmaciones:

Tabla 5. *Escala de Resiliencia. Valores mínimos y máximos, media y desviación típica*

Escala y variable	N	Min.	Max.	Media	DE	Alfa.
RESILIENCIA						.93
Pensé en lo bueno de la vida y lo bueno de las cosas que me pasaron	254	0	6	3.27	.975	
Cuando necesite ayuda busque el apoyo de otros	254	0	6	3.29	1.020	
A pesar de mis problemas fui capaz de sonreír cuando pasaron cosas divertidas	254	0	6	3.63	.774	
Trate de hacer mejor las cosas	254	0	6	3.44	.821	
Cuando tuve problemas trate de solucionarlos rápido	254	0	6	3.21	.994	
Busque estar con las personas que me enseñaron cosas buenas	254	0	6	3.48	.884	
Aprendí algo positivo de los problemas que tuve	254	0	6	3.23	1.027	
A pesar de mis problemas trate ser feliz	254	0	6	3.66	.642	
Mi fe en Dios me ayudo a resolver mis problemas	254	0	6	3.59	.780	
Fui capaz de sonreír a pesar de los problemas que tuve	254	0	6	3.39	.924	
Por más difíciles que fueron los problemas que tuve los trate de resolver	254	0	6	3.37	.922	
Pensé en las cosas que voy a lograr cuando sea grande	254	0	6	3.49	.824	
Pensé que cuando sea más grande las cosas de mi vida serian mejores	254	0	6	3.35	.809	
Hice lo posible por cumplir con las obligaciones de mi vida	254	0	6	3.40	.902	
Pensé que las cosas que hice estuvieron bien hechas	254	0	6	3.37	2.996	
Los problemas que tuve fueron como pruebas para resolverlos	254	0	6	3.22	.904	
Mis creencias en Dios me ayudaron a sentir lo importante de mi vida	254	0	6	3.57	.788	
Lucha hasta lograr lo que quise	254	0	6	3.41	.868	
Creí que tendría éxito en lo que hice	254	0	6	3.17	.983	
Resolví los problemas que tuve	254	0	6	3.21	1.020	

Por tanto los siguientes ítems fueron los más significativas por la concentración de los datos, siendo: “A pesar de mis problemas trato de ser feliz” (m=3.66), “A pesar de mis problemas fui capaz de sonreír cuando pasaron cosas divertidas” (m=3.63), “Mi fe en Dios me ayudo a resolver mis problemas” (m=3.59), “Pensé en las cosas que voy a lograr cuando sea grande” (m=3.49) y “Busque estar con personas que me enseñaran cosas buenas” (m=3.48).

En la tabla 6 se muestran las medias y al desviación estándar del instrumento de percepción de salud elaborado en el presente estudio.

Tabla 6. *Escala de Percepción de Salud. Valores mínimos y máximos, media y desviación típica.*

Escala y variable	N	Min.	Max.	Media	DE	Alfa
PERCEPCIÓN DE MALA SALUD						.86
Agotada y sin fuerzas	254	0	14	4.01	4.09	
Con dificultad para dormir	254	0	14	2.94	4.10	
Enferma o con algún dolor	254	0	14	3.02	4.09	
PERCEPCIÓN DE BUENA SALUD						.73
Descansada después de dormir	254	0	14	6.13	5.50	
Con muy buena salud	254	0	14	7.24	5.51	
Llena de energía para realizar actividades normales	254	0	14	8.21	8.36	

En el factor de la mala percepción de salud se obtuvieron las siguientes medias con sus respectivos ítems: “Agotada y sin fuerzas” (m=4.01), “Con dificultad para dormir” (m=2.94) y “Enferma o con algún dolor” (m=3.02).

Para la buena percepción de salud se obtuvieron los siguientes resultados: “Descansada después de dormir” (m=6.13), “Con muy buena salud” (m=7.24) y “Llena de energía para realizar actividades normales” (m=8.21). Las medias fueron mayores en el factor percepción de buena salud.

De acuerdo al muestreo de 254 madres (100%), el 87% (n=213) presentaron al menos un día de mala salud, el 16.1% (n=7) reportaron cero días de mala salud y un 2.8% (n=7) indicaron 14 días de mala salud. De manera contraria, el 89.9% (n=228) refieren al menos un día de buena salud, un 10.2% (n=26) 14 días de buena salud y finalmente 10.6% (n=26) cero días de buena salud.

Capítulo IV

Discusión

Con base en los resultados obtenidos se afirma que el instrumento conformado por seis ítems para medir la percepción de la salud (Gaxiola, Estrada & Reyes, 2015), con una estructura dos factores: buena percepción de salud y mala percepción de salud, presentó validez convergente y divergente con el constructo resiliencia. Se afirma lo anterior debido al peso estructural arrojado por ambos factores sobre resiliencia, por una parte, la buena percepción de salud con un peso positivo y la mala salud con un peso negativo. Con los resultados se cumplen los objetivos e hipótesis planteadas para el presente trabajo.

En relación a las escalas efectuadas para la presente investigación encontramos diferencias significativas correspondientes a sus *alfas* de Cronbach referidas por los autores originales siendo: .78 para la escala de Tácticas de Conflicto de Strauss (1990) y .93 para IRES (Gaxiola, Frías, Hurtado, Salcido y Figueroa, 2011) teniendo como resultado en comparación con esta validación y bajo la muestra de madres víctimas de violencia la aplicación tuvo valores mayores en sus alfas, con un total de .94 para Violencia teniendo un incremento a su escala original y con un total de .93 para Resiliencia manteniéndose en el mismo valor de confiabilidad. A pesar de dichas diferencias los valores de confiabilidad en las aplicaciones se mantuvieron altas lo que comprueba la confiabilidad de los instrumentos utilizados en el presente estudio.

En relación a los resultados de la escala de percepción de salud, se obtuvo que el 87% de las mujeres presentó al menos un día de mala salud, mientras que el 89.9% presentó al menos un día de buena salud, podemos observar que el porcentaje para la buena salud es mayor, sin embargo el índice de la mala salud es igualmente elevado, contando con solo una diferencia del 2.9%, se encontró además que el 16.1% de mujeres reportaron cero días de mala salud, esto en un inicio resulta positivo pues es un indicador de buena salud, no obstante

el 10.6% reportó tener cero días de buena salud, a pesar de que el porcentaje de “cero días de mala salud” es mayor, el porcentaje para la buena salud es también elevado con una diferencia de 5.5% , por otra parte el 2.8% indico 14 días de mala salud, en comparación con 10.2% que indicaron tener 14 días de buena salud, aunque los porcentajes indiquen una inclinación a la buena percepción de salud, los indicadores de mala percepción presentan porcentajes altos, esto resultante a la variabilidad de respuestas obtenidas.

La percepción de salud ha sido medida en diversos estudios obteniéndose resultados cuestionables (Cladellas y Castelló, 2011; Esnaola, Infante, Rodríguez y Goñi, 2011; Séculi, Fusté, Brugulat, Junca, Rué y Guillén, 2001; Videra-García y Reigal-Garrido, 2013) debido a que se han utilizado cuestionarios o escalas diseñadas para otros propósitos diferentes a la percepción de la salud, o bien, se ha medido la percepción con una sola pregunta, lo cual resulta debatible si en verdad se evaluó la percepción del individuo entorno a su salud, la escala validada en el presente estudio es una opción viable por sus características psicométricas que van acorde a lo que sea medir, además que permite de forma sencilla explorar sobre la percepción de salud en mujeres que han vivido al menos una experiencia de violencia.

Con respecto a lo anterior, la actual escala es relevante por su practicidad al contener solo seis ítems en comparación con otros estudios, ejemplo de ello encontramos que el instrumento elaborado por de Davies y Ware (1981) consta de 30 ítems para medir la percepción de salud, por otra parte el instrumento diseñado por Fernandez-Ballesteros, Zamarron y Ruiz (2001) es cercano a la escala propuesta, con la diferencia de contar con un ítem menos y ser para una población distinta, siendo específicamente para adultos mayores. A partir de lo anterior y al compararlo con los datos obtenidos en esta investigación, es posible señalar que el instrumento utilizado para medir la percepción de salud es una

propuesta con mayor sustento estadístico que las medidas tradicionalmente utilizadas para medir el constructo

Se resalta que escala para medir la percepción de salud propuesta puede ser de utilidad en la investigación y en la práctica de la psicología.

Conclusiones

La salud física ha sido un fenómeno complejo de medir de forma directa (Sánchez & Echeverry, 2004), por ello la percepción de la salud se vuelve una alternativa viable de medida que complementa las medidas objetivas del estado de salud física. Bajo esta premisa se planteó el objetivo de estudiar la validez de una escala de percepción de salud y evaluar su validez convergente y divergente con el constructo resiliencia, debido a su relación positiva con la buena salud y negativa con la mala salud (Quinceno & Vinaccia, 2013; Vinaccia, Quinceno & Remor, 2012; Vinaccia & Quinceno, 2011; Vinaccia, Quinceno, Medina, Castañeda & Castelblanco, 2014; Gutiérrez & Romero, 2014; Canaval, González & Sánchez, 2007).

Con base a los resultados expuestos anteriormente, se puede concluir que la escala de percepción de salud conforma una excelente opción ya que permite al investigador mejorar el proceso de diagnóstico como de análisis, por ser un instrumento confiable, práctico y válido permite una mayor certeza de que lo que se quiere medir. La presente escala es una alternativa fácil y rápida que puede ser aplicada por los profesionales de la salud para obtener información general sobre la percepción de salud de un individuo, además, esta escala puede ser utilizada en investigación con distintas muestras y en la práctica psicológica puede ser útil para programas de promoción, prevención y rehabilitación relacionadas con el ámbito de la salud.

Para finalizar se propone seguir en la investigación del concepto y su posible aplicación, conceptualización o adaptación en distintos contextos ajenos a la violencia en población de niños, adolescentes y adultos.

Referencias

- Amar, J., Martínez, M., & Utria, L. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. *Salud Uninorte*, 29(1), 124-133. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n1/v29n1a14.pdf>
- Argibay, J. C. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 8, 15-33. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/bitstream/123456789/765/1/T%C3%A9cnicas_psicom%C3%A9tricas.pdf
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122(1), 21-27. Recuperado de <http://prof.usb.ve/jjramirez/POSTGRADO/AFC/Art01%202004%20Introd%20AFC%20salud.pdf>
- Bentler, P. M. (2006). On tests and indices for evaluating structural models. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 825-829. Doi: doi:10.1016/j.paid.2006.09.024
- Bhugra, D. (2006). Severe mental illness across cultures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(429), 17-23. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00712.x
- Blitchtein-Winicki, D., & Reyes-Solari, E. (2012). Factores asociados a violencia física reciente de la pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 35-43. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a06v29n1.pdf>

- Bollen, K. A. (2014). *Structural equations with latent variables*. US: Wiley. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=DPBjBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=Structural+equations+with+latent+variables&ots=JMv3X_b-YX&sig=84dVYJOqbcZbZrhV64TJUNInFc&redir_esc=y#v=onepage&q=Structural%20equations%20with%20latent%20variables&f=false
- Burgos, D., Canaval, G., Tobo, N., Bernal, P., & Humphreys, J. (2012). Violencia de pareja en mujeres de la comunidad, tipos y severidad Cali, Colombia. *Revista de Salud Pública, 14*(3), 377-389. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n3/v14n3a02.pdf>
- Cabrejos, J. (2005). La promoción de la resiliencia y el diseño de políticas sociales. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 10*(28), 47-70. Recuperado de http://economia.unmsm.edu.pe/publ/arch_rev-fce/RevistaFCE_28.pdf#page=47
- Calvo, G., & Camacho R. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería, 33*, 424-439. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/enfermeria.pdf>
- Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological bulletin, 56*(2), 81-105.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0046016>

- Canaval, G. E., González, M. C., Sánchez, M. O. (2007). Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colombia Médica*, 38(supl. 2), 72-78. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10893/4243>
- Cardona-Arias, J. A., Ospina-Franco, L. C., & Eljadue-Alzamora, A. P. (2015). Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del whoqol-bref y el mossf-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(1), 50-57. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n1/v33n1a07.pdf>
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de salud?. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n1/revision1.pdf>
- Cicchetti, D., y Garmezy, N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology*, 5(4), 497-502.
doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400006118>
- Cladellas, R., & Castelló, A. (2011). Percepción del estado de salud y estrés, de profesorado universitario, en relación con la franja horaria de docencia. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(1), 217-240. Recuperado de http://investigacionpsicopedagogica.org/revista/articulos/23/espanno1/Art_23_508.pdf
- Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (1996). *Pruebas y evaluación psicológicas. Introducción a las Pruebas y a la medición*. México: McGraw Hill.
- Corral, V., Frías, M., & González, D. (2001). Análisis cuantitativo de variables latentes. *Colección textos académicos*, 13.

- Corral Verdugo, V. (1995). Modelos de variables latentes para la investigación conductual. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis del Comportamiento*, 3(2), 171-190. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/18319/17402>
- Davies, A. y Ware, C. (1981). Conceptualizations and measurement of health and patients for adults in the Health Insurance Study. En J. Herrero (1994). *Estresores sociales y recursos sociales. Tesis doctoral*. Valencia: Facultad de Psicología. Recuperado de: <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/reports/2006/R1987.5.pdf>
- Delgado, A., Saletti-Cuesta, L., López-Fernández, L., & Toro-Cárdenas, S. (2013). Las características familiares y salud percibida en médicas y médicos de familia de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 508-515. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.008>
- ENDIREH (2011). Panorama de Violencia contra las mujeres en Sonora. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/son/702825050788.pdf
- Esnaola, I., Infante, G., Rodríguez, A., & Goñi, E. (2011). Relación entre variables psicosociales y salud percibida. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(2), 413- 427. Recuperado de <http://ddd.uab.cat/record/84949/>
- Fayers, P., & Machin, D. (2013). *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. US: WILEY. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=pqX6WKgHKJsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Quality+of+life:+the+assessment,+analysis+and+interpretation+>

of++%09patientreported+outcomes.+&ots=z4aRGke550&sig=vnArQbt86Tt_R
GIFRxqARLojEZw&redir_esc=y#v=onepage&q=Quality%20of%20life%3A%2
0the%20assessment%2C%20analysis%20and%20interpretation%20of%20%20
%09patient-reported%20outcomes.&f=false

Fernandez-Ballesteros R., Zamarron M. D., & Ruiz M. A. (2001). The contribution of sociodemographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Aging and Society, 21*, 25-43. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/230942301_The_contribution_of_sociodemographic_and_psychological_factors_to_life_satisfaction

Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: algunas consideraciones adicionales. *Anales de psicología, 30*(3), 1170-1175. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199991>

Franzen, M. D. (2013). *Reliability and validity in neuropsychological assessment*. US: Springer. Recuperado de
https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=_YrgBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=Reliability+and+validity+in+neuropsychological+assessment&ots=aAJ40Z3nM_&sig=7AtsXcM_ZUh2TvLmOufEbmWXXSQ&redir_esc=y#v=onepage&q=Reliability%20and%20validity%20in%20neuropsychological%20assessment&f=false

García, J. E. (2015). El pensamiento precientífico sobre la salud y enfermedad. *Ciencias Psicológicas, 9*(2), 337-349. Recuperado de
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v9n2/v9n2a10.pdf>

Garmezy, N. (1981). Children under stress: perspectives on antecedents and correlates of vulnerability and resilience to psychopathology. En Robin, A., Aronoff, J.,

- Barclay, N., & Zucker R. (Eds). *Further Exploration in Personality*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, (26), 161-175. doi: 10.7203/dces.26.1935
- Gaxiola, J., Estrada, Z. y Reyes, M. (Abril del 2015). Validación del inventario de percepción de salud física en madres víctimas de violencia de pareja. En A. R. Calderón (Presidencia), XLII Congreso Nacional de Psicología 2015. Tijuana, Baja California.
- Gaxiola, J., y Frías, M. (2007). Los factores protectores y la adaptabilidad al abuso infantil: un estudio con madres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología* (Número especial: Memoria del XV Congreso Mexicano de Psicología), 222- 223.
- Gaxiola, J., Frías, M., Hurtado, M., Salcido, L., y Figueroa, M. (2011). Validación del inventario de resiliencia (IRES) en una muestra del noroeste de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 73-83. Recuperado de http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_16_1/Romero.pdf
- Gaxiola, J., González, S., Domínguez, M., y Gaxiola, E. (2013). Autorregulación, metas y rendimiento académico en bachilleres con disposiciones resilientes y no resilientes. *Revista Interamericana de Psicología*, 47(1), 71-82. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Sandybell_Gonzalez/publication/257926992_Autorregulacin_metas_y_rendimiento_acadmico_en_bachilleres_con_disposiciones_resilientes_y_no_resilientes/links/00b495262ff01eae87000000.pdf
- Goldberg, D.P. y Williams, P. (1996). *Cuestionario de Salud General GHQ*. Barcelona: Masson

Guedes, A., García-Moreno, C., & Bott, S. (2014). Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. *Foreign Affairs Latinoamérica*, 14(1), 41-8. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Alessandra_Guedes/publication/260018399_Violencia_contra_las_mujeres_en_Latinoamrica_y_el_Caribe_Un_problema_de_salud_publica_de_proporciones_epidmicas/links/02e7e52f11f2cd94be000000.pdf

Guido, L. (2015). Violencia conyugal y salud pública: El sector salud y el derecho de las mujeres de vivir una vida sin violencia. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 2(15), 231-262. Recuperado de:

<http://revistascientificas.udg.mx/index.php/LV/article/view/620>

Gómez, E. (2009). Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *TOG*, 6(1), 1-10.

Gómez, D. R., & Roquet, J. V. (2012). Metodología de la investigación. *México: Red Tercer Milenio*. Recuperado de

http://www.aliatuniversidades.com.mx/bibliotecasdigitales/pdf/axiologicas/Metodologia_de_la_investigacion.pdf.

Guerrero, L., & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633. Recuperado de

<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/28660/1/articulo8.pdf>

Gutiérrez, M., & Romero, I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de Psicología*, 30(2), 608-619. Doi: [dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.148131](https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.148131)

- Henry Jr, D., & Poling, A. (2013). *Introduction to scientific psychology*. Springer Science & Business Media.
- Hernández, R. L., & Ramírez, M. T. G. (2014). Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*, 16(2), 149-157. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/767>
- Hueso González, A., & Cascant i Sempere, M. (2012). Metodología y técnicas cuantitativas de investigación. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10251/17004>
- Hungerford, A., Wait, S. K., Fritz, A. M., & Clements, C. M. (2012). Exposure to intimate partner violence and children's psychological adjustment, cognitive functioning, and social competence: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 17(4), 373- 382. doi:10.1016/j.avb.2012.04.002
- Jones, C. A., Pohar, S. L., Feeny, D. H., & Eng, K. (2014). Longitudinal construct validity of the Health Utilities Indices Mark 2 and Mark 3 in hip fracture. *Quality of Life Research*, 23(3), 805-813. doi: 10.1007/s11136-013- 0531-5
- Koch, T., Ortner, T. M., Eid, M., Caspers, J., & Schmitt, M. (2015). Evaluating the Construct Validity of Objective Personality Tests Using a Multitrait-Multimethod- Multioccasion-(MTMM-MO)-Approach. *European Journal of Psychological Assessment*, 30, 208-230. DOI: 10.1027/1015-5759/a000212.
- Lucero, J. C. V., Lara, R. M. M., Muñiz, J. G., López, N. A. M., & Galindo, C. E. M. (2013). Validez y confiabilidad de una escala para evaluar la calidad de vida en adultos. *Psicología y salud*, 17(1), 133-139. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/748/1339>

P-7 160,098

Matud, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada.

Psicothema, 16(3), 397-401. Recuperado de

<http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8213/8077>

Méndez Martínez, C., & Rondón Sepúlveda, M. A. (2012). Introducción al análisis

factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 197-207.

Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n1/v41n1a14.pdf>

Menéndez, S., Pérez, J., & Lorence, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer,

España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosocial Intervention*, 22(1), 41- 53.

doi:10.5093/in2013a6

Moncada, S., Llorens, C., Navarro, A. & Kirstensen, T. (2005). An examination of

gender differences in work-family conflict. *Canadian Journal of Behavioural*

Science, 37(4), 283-298. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0087263>

Morales, M. L. (1990). *Psicometría Aplicada*. México: Trillas.

Moscoso, S. C., Gil, J. A. P., & Rodríguez, R. M. (2000). Validez de constructo: el uso del

análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de

validez. *Psicothema*, 12(2), 442-446. Recuperado de

<http://www.psicothema.com/pdf/601.pdf>

Nunnally, J. C. (1987). *Teoría Psicométrica*. México: Trillas.

Nunnally, J. C., & Donghi, L. H. (1970). *Introducción a la medición psicológica*.

Buenos Aires: Paidós.

Organización para la Cooperación del Desarrollo Económico (2014). Iniciativa para una vida mejor México. Recuperado de:

http://www.oecd.org/centrodemexico/Working%20draft%20Mexico%20Report_FINAL.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la organización mundial de la salud. *Documentos Básicos*, Suplemento edición 45, 1-18. Recuperado de

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2014). Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

Palomar, J., & Gómez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos. *Revista Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22. Recuperado de

<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272010000100002&>

Piera, P. J. F., & Carrasco, C. A. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 18-33. Recuperado de

<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1793.pdf>

Prieto, M. C. (2014). Violencia de pareja. Repercusiones en la salud mental de la mujer.

Revista Enfermería CYL, 6(2), 93-97. Recuperado de

<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/122/103>

Quinceno, J. M., & Vinaccia, S. (2013). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*,

30(3), 590-619. Recuperado de

<http://repositoriodigital.academica.mx/jspui/handle/987654321/281502>

Rodríguez, E. (2012). Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad.

Invest Médicoquir, 4(1), 101-121. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=39682>

Roncero, C. (2015). La validación de instrumentos psicométricos: un asunto capital en la salud mental. *Salud mental*, 38(4), 235-236. doi:

dx.doi.org/10.17711/SM.0185.3325.2015.032

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598- 611.

doi: 10.1192/bjp.147.6.598

Ruiz, M. A., Pardo, A., & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales.

Papeles del Psicólogo, 31(1), 34-45. Recuperado de

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3150815>

Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., & Pérez, M. D. L. L. C. (2004). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

Salleras, L. (1989). *Educación Sanitaria: Principios, Métodos y aplicaciones*. Ed. Díaz de

Santos: Madrid. Recuperado de [http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=13970&indexSearch=ID)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=13970&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=13970&indexSearch=ID)

Sánchez, R., & Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud.

Revista de Salud Pública, 6(3), 302-318. Recuperado de

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v6n3/a06v6n3.pdf>

- Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P., Junca, S., Rué, M., & Guillén, M. (2001). Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria*, 15(3), 217-223. Recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911101715506>
- SEP (2012). ENLACE *Básica y Media Superior, 2011*. Recuperado de:
http://www.enlace.sep.gob.mx/que_es_enlace/
- Silva, R. A. (1992). *Métodos cuantitativos en psicología, un enfoque metodológico*. México: Editorial Trillas
- Straus, M. A. (1990). The Conflict Tactics Scale and its critics: An evaluation and new data on validity and reliability. In M.A. Straus, and R.J: Gelles. (Eds.) *Physical Violence in American Families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, N J: Transactions Publishers.
- Tajer, D., Gaba, M., & Reid, G. (2013). Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres: una investigación en la ciudad de Buenos Aires. Recuperado de:
[http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen12_2/Impacto de violencia de genero.pdf](http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen12_2/Impacto%20de%20violencia%20de%20genero.pdf)
- Terris, M. (1980). Epidemiology as a guide to health policy. *Annual review of public health*, 1(1), 323-344. DOI: 10.1146/annurev.pu.01.050180.001543
- Terris, M. (1982). *La revolución Epidemiológica y la medicina social*. 2ª ed. México: Siglo XXI. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=146784&indexSearch=ID>

Vallejo, P. M. (2006). *Medición de actitudes en psicología y educación: construcción de escalas y problemas metodológicos* (Vol. 80). Univ Pontifica Comillas: Madrid.

Recuperado de

https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=bnATYNmjP0cC&oi=fnd&pg=PA17&dq=Medici%C3%B3n+de+actitudes+en+psicolog%C3%ADa+y+educaci%C3%B3n:+construcci%C3%B3n+de+escalas+%09+y+problemas+m%C3%B3dulos+m%C3%B3dulos+&ots=HOFkwcWoNm&sig=v5L4UYOK3IopIEx6Ph3LgrW5X1Y&redir_esc=y#v=onepage&q=Medici%C3%B3n%20de%20actitudes%20en%20psicolog%C3%ADa%20y%20educaci%C3%B3n%3A%20construcci%C3%B3n%20de%20escalas%20%09%20y%20problemas%20metodol%C3%B3gicos&f=false

Vallejo, P. M. (2013). El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios. Recuperado de

http://www.rubenjoserodriguez.com.ar/wp-content/uploads/2015/04/An%C3%A1lisis_Factorial_Test_-_y_Escalas_Pedro_Morales_Vallejo1.pdf

Vélez, R., López, S., & Rajmil, L. (2009). Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 433-439.

doi:10.1016/j.gaceta.2009.01.014

Vera, B., Carbelo, B., & Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Revista Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-9. Recuperado de

<http://repositoriodigital.academica.mx/jspui/handle/987654321/280875>

Videra-García, A., & Reigal-Garrido, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de psicología*, 29(1), 141-147. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100017

Vinaccia, S., Quinceno, J. M., Medina, A., Castañeda, B., & Castelblanco, P. (2014). Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 61-70. doi: 10.14718/ACP.2014.17.1.7

Vinaccia, S., Quinceno, J. M., & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 28(2), 366-377. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.148821>

Vinaccia, S., & Quinceno, J. M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: Estudios colombianos. *Psychol. Av. Discip*, 6(1), 123-136. Recuperado de <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/213>

Zinser, O. (1987). *Psicología Experimental*. Tennessee, USA: McGraw Hill.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Determinantes de la resiliencia en madres e hijos con experiencia de violencia intrafamiliar en el noroeste de México

Investigador principal: Dr. José Gaxiola Romero

Sede donde se realizará el estudio: 20 escuelas primarias del Estado de Sonora.

El objetivo del presente estudio es identificar los factores que protegen a las madres y a los hijos de las consecuencias negativas de la violencia intrafamiliar, y promueven su adaptación o bienestar, a pesar de los riesgos que experimentan. El conocimiento que se obtenga será utilizado para elaborar programas futuros que mejoren la calidad de vida de las mujeres y de los niños que son víctimas de la violencia en la familia.

Su participación en esta investigación no genera ningún riesgo individual, físico o psicológico. Su eventual participación no le aportará beneficios individuales, pero los resultados del proyecto ayudarán a explicar por qué algunas madres e hijos pueden sobrevivir ante la violencia intrafamiliar, por lo cual serán difundidos en artículos científicos.

La información que se obtenga de este estudio es totalmente confidencial. La identificación e información personal de los participantes se tendrá bajo reserva sólo de los investigadores y estará disponible solamente durante la selección de los participantes. Una vez realizada la selección, se transformarán sus datos en claves y desaparecerán por completo las iniciales de los nombres.

Su participación es voluntaria y puede retirarse de la investigación en el momento que usted lo considere, esta decisión no traerá ningún tipo de efecto en el estudio ni penalidad alguna, ni afectará las calificaciones de su hijo.

Usted tiene derecho a conocer los resultados del estudio y hacer retroalimentado si así lo solicita. Aunque no hay recompensa directa por participar en el estudio, a manera de retribución por parte de los investigadores, se les invitará a asistir a una conferencia sobre alternativas a la violencia intrafamiliar al finalizar el estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Participante

Yo (iniciales del nombre) _____ declaro que se me ha explicado y he comprendido la información sobre el objeto de estudio, los riesgos, beneficios y manejo de la confidencialidad.

También he sido informada que mi participación es confidencial y voluntaria y que al negarme a participar no implica ninguna penalidad. Autorizo que los resultados de este estudio sean publicados en revistas científicas.

Agradecemos su autorización para que su hijo participara en la aplicación del instrumento. Al niño(a) se le explico a su nivel en qué consiste la investigación, y que su participación no afectaría sus calificaciones. Entiendo que la aplicación de los instrumentos a mi hijo(a) no le generó ningún riesgo individual, físico o psicológico, por lo cual al firmar autorizo mi participación en el estudio.

Iniciales del nombre completo del participante

_____ Fecha _____

Iniciales del nombre completo del niño

_____ Grupo _____ Escuela: _____

Firma _____

Criterio de exclusión:

¿Vive actualmente con su pareja?: Sí _____ NO _____ (en caso de responder no, por favor no continúe).

I. DATOS GENERALES:

Edad: _____

Estado Civil: Casada () Unión libre () Divorciada ()

1. ¿Cuántos hijos tiene usted?: _____

2. Tiempo de vivir con su pareja: _____

3. Edad de su pareja: _____

4. ¿Cuál es la ocupación actual de su pareja? _____

5. ¿Cuál es la ocupación de usted? _____

6. Nivel educativo terminado de su esposo (pareja) _____

7. Nivel educativo terminado de usted _____

		No tiene empleo	Eventual	Tiempo parcial	Tiempo completo
8.	¿Cómo es el empleo de su pareja actualmente?	0	1	2	3
9.	¿Cómo es su empleo actualmente?	0	1	2	3

10. Ingreso mensual de su esposo o pareja _____

11. Ingreso mensual de usted _____

12. Otros ingresos _____

13. TOTAL (Sumar) _____

DATOS DEL NIÑO(A) SELECCIONADO(A) [El niño(a) inscrito(a) en la primaria que se le entrevistó]:

14. Edad del niño(a) seleccionado: _____ 15. Sexo: _____

16. Escolaridad (año escolar en el que está inscrito actualmente): _____

III. Por favor díganos que opina acerca de los siguientes enunciados: Estamos interesados sólo en su opinión. No hay respuestas correctas para tales enunciados.		Completamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Completamente de acuerdo
17.	El castigo físico es la mejor alternativa de corrección de los niños	1	2	3	4	5
18.	Los niños a los que nunca se les pega difícilmente aprenderán a disciplinarse	1	2	3	4	5
19.	Es bueno que la ley permita a los padres el derecho de castigar físicamente a sus hijos para corregirlos y educarlos	1	2	3	4	5
20.	Los niños muy agresivos (peleoneros) deben ser castigados físicamente para moderar su comportamiento	1	2	3	4	5
21.	Si conmigo funcionó el castigo físico como corrector, en los hijos debe tener también buenos resultados	1	2	3	4	5
22.	Entre más estrictos son los padres, mejor se crían los hijos	1	2	3	4	5

IV. Qué tan frecuente realiza las siguientes acciones con su hijo(a) seleccionado(a)		Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
23.	Sabe con quién convive o juega cuando está fuera de la casa	0	1	2	3	4
24.	Le ayuda a que haga las cosas bien	0	1	2	3	4
25.	Pierde el control y se enoja con su hijo(a)	0	1	2	3	4
26.	Le permite que moleste a otros	0	1	2	3	4
27.	No sabe que hacer cuando su hijo(a) se porta mal	0	1	2	3	4
28.	Mantiene reglas claras con su hijo(a) y es estricta para cumplirlas	0	1	2	3	4
29.	Su hijo(a) tiene confianza para platicar de cualquier cosa con usted	0	1	2	3	4
30.	Le ha pegado con la mano en alguna parte de su cuerpo	0	1	2	3	4
31.	Le dice las cosas que hace bien	0	1	2	3	4
32.	Le apoya con lo que necesita para que cumpla con sus actividades	0	1	2	3	4
33.	Lo(a) castiga solamente cuando está enojada	0	1	2	3	4
34.	Le ha pegado con un cinto u otro objeto	0	1	2	3	4
35.	Evita disciplinarlo(a) cuando se porta mal porque piensa dejaría de quererla	0	1	2	3	4

IV. Qué tan frecuente realiza las siguientes acciones con su hijo(a) seleccionado(a)		Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
36.	Cuando lo(a) disciplina le explica el por qué lo hace y le enseña qué es lo correcto	0	1	2	3	4
37.	Lo(a) premia o felicita cuando hace algo bien	0	1	2	3	4
38.	Conoce donde se encuentra cuando está fuera de casa	0	1	2	3	4
39.	Pasa tiempo divertidos con su hijo(a)	0	1	2	3	4
40.	Se mantiene controlada cuando lo(a) disciplina	0	1	2	3	4

V. Qué tan frecuente realiza las siguientes acciones su hijo(a) seleccionado(a).		Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
41.	Ofrece ayuda cuando alguien está lastimado	0	1	2	3	4
42.	Se ofrece para arreglar desórdenes	0	1	2	3	4
43.	Si alguien discute, alega o pelea, tratará de detenerlo(a)	0	1	2	3	4
44.	Ofrece ayuda a otros niños o niñas (amigos o hermanos) cuando tienen dificultades en una actividad	0	1	2	3	4
45.	Consuela a niños que están llorando o están tristes	0	1	2	3	4
46.	Espontáneamente ayuda a recoger objetos que otros niños han dejado caer, por ejemplo: lápices, cuadernos, juguetes, etcétera	0	1	2	3	4
47.	Invita a los que están viendo jugar a que participen en los juegos	0	1	2	3	4
48.	Ayuda a otros niños que se sienten mal	0	1	2	3	4
49.	Felicita el trabajo de niños menos hábiles	0	1	2	3	4
50.	Intenta calmar a los niños cuando están enojados o agresivos	0	1	2	3	4
51.	Comparte sus pertenencias con otros niños	0	1	2	3	4

VI. Qué tan frecuente realiza las siguientes acciones su hijo(a) seleccionado(a).		Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
52.	Habla en tono de voz apropiado en casa (no grita)	0	1	2	3	4
53.	Responde apropiadamente (con calma) cuando otro niño(a) lo(a) empuja o le pega	0	1	2	3	4
54.	Pone atención a los que hablan en reuniones como la iglesia o en cualquier otro grupo	0	1	2	3	4
55.	Evita situaciones en casa o en el barrio que son muy probables que resulten en problemas	0	1	2	3	4
56.	Guarda sus juguetes u otras cosas en los lugares apropiados	0	1	2	3	4
57.	Recibe tranquilamente las críticas que le hacen	0	1	2	3	4
58.	Ayuda en las tareas de la casa sin regañarlo	0	1	2	3	4
59.	Controla su temperamento cuando discute con otros niños	0	1	2	3	4
60.	Cuando tiene desacuerdos con sus padres termina calmadamente	0	1	2	3	4
61.	Controla su temperamento en situaciones de conflicto con los padres	0	1	2	3	4
62.	Termina las tareas del hogar que se le asignan en un tiempo razonable	0	1	2	3	4
63.	Responde apropiadamente a las burlas o provocaciones de los amigos o parientes de su edad	0	1	2	3	4
64.	Usa el tiempo apropiadamente (con calma) cuando espera por ayuda de sus padres para hacer la tarea o en otras de sus actividades	0	1	2	3	4
65.	Es capaz de cambiar fácilmente de una actividad a otra	0	1	2	3	4

VI. A veces surgen problemas entre los papás y los niños, ahora le voy a preguntar si le han pasado algunas de estas cosas con su hijo por favor trate de estimar qué tan seguido han ocurrido estas cosas en los ÚLTIMOS SEIS MESES

¿Qué tan seguido ha hecho USTED alguna de las acciones siguientes a (el niño seleccionado) EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?		Nunca	Una vez	Dos veces	3-5 veces	6-10 veces	11-20 veces	Más de 20 veces
66.	Le ha gritado	0	1	2	3	4	5	6
67.	Lo ha insultado o dicho malas palabras	0	1	2	3	4	5	6
68.	Lo ha levantado y tirado bruscamente	0	1	2	3	4	5	6
69.	Lo ha empujado y/o jalado violentamente	0	1	2	3	4	5	6
70.	Le ha tirado con algo	0	1	2	3	4	5	6

¿Qué tan seguido ha hecho USTED alguna de las acciones siguientes a (el niño seleccionado) EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?		Nunca	Una vez	Dos veces	3-5 veces	6-10 veces	11-20 veces	Más de 20 veces
71.	Le ha dado una cachetada	0	1	2	3	4	5	6
72.	Le ha dado una paliza	0	1	2	3	4	5	6
Si respondió "nunca", no responda las preguntas desde la 73 a la 77								
73.	Le ha dado una patada, un puñetazo o lo ha mordido	0	1	2	3	4	5	6
74.	Le ha pegado o le ha tratado de pegar con alguna cosa	0	1	2	3	4	5	6
75.	Lo ha agarrado a golpes y dejado heridas o cicatrices	0	1	2	3	4	5	6
76.	Lo ha quemado con algo (agua, plancha)	0	1	2	3	4	5	6
77.	Le ha amenazado con cuchillo/ pistola	0	1	2	3	4	5	6

VII. Ahora le voy a hacer unas preguntas acerca de la clase de conflictos que a veces ocurren en algunas parejas. Por favor dígame que tan seguido han sucedido las siguientes cosas con su esposo/ pareja durante el transcurso de su relación con él.		Nunca	1 vez	2 veces	3-5 veces	6-10 veces	11-20 veces	Más de 20 veces
78.	¿Qué tan seguido han tenido usted y su esposo/ pareja discusiones violentas durante el año pasado?	0	1	2	3	4	5	6
79.	¿Qué tan seguido se ha sentido usted criticada por su esposo o pareja?	0	1	2	3	4	5	6
Quisiera que me dijera qué tantas veces le ha hecho su pareja lo siguiente:								
80.	Le ha insultado o dicho malas palabras	0	1	2	3	4	5	6
81.	Se ha negado a hablar de algún problema	0	1	2	3	4	5	6
82.	Se ha salido del cuarto de manera violenta	0	1	2	3	4	5	6
83.	Ha hecho o dicho algo para causarle problemas a usted	0	1	2	3	4	5	6

VII. Ahora le voy a hacer unas preguntas acerca de la clase de conflictos que a veces ocurren en algunas parejas. Por favor dígame que tan seguido han sucedido las siguientes cosas con su esposo/ pareja durante el transcurso de su relación con él.		Nunca	1 vez	2 veces	3-5 veces	6-10 veces	11-20 veces	Más de 20 veces
84.	La ha amenazado diciendo que le iba a pegar o le iba a tirar algo	0	1	2	3	4	5	6
85.	Ha tirado, quebrado, golpeado o dado una patada a alguna cosa	0	1	2	3	4	5	6
86.	Le ha tirado con algo a usted	0	1	2	3	4	5	6
87.	Le ha empujado, agarrado violentamente	0	1	2	3	4	5	6
88.	Le ha pegado una cachetada	0	1	2	3	4	5	6
89.	Le ha dado una patada, un puñetazo o la ha mordido	0	1	2	3	4	5	6
90.	Le ha dado un golpe o ha tratado de darle un golpe con alguna cosa	0	1	2	3	4	5	6
91.	La ha golpeado a usted durante algunos minutos	0	1	2	3	4	5	6
92.	La ha tratado de estrangular	0	1	2	3	4	5	6
93.	La ha amenazado con un cuchillo o una pistola	0	1	2	3	4	5	6
94.	La ha acuchillado o disparado con una pistola	0	1	2	3	4	5	6
95.	La ha obligado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad	0	1	2	3	4	5	6
96.	Le ha amenazado diciendo que iba a hacerles daño a los niños o que se los iba a llevar	0	1	2	3	4	5	6
97.	Ha herido o matado algún animalito de la casa	0	1	2	3	4	5	6
98.	Le ha dicho que la va a matar a usted	0	1	2	3	4	5	6
99.	Le ha roto la ropa o destruido cosas	0	1	2	3	4	5	6
100	Le ha quemado con un cigarrillo u otro objeto caliente	0	1	2	3	4	5	6
101	Ha invadido su intimidad (ha abierto su correspondencia o correo, escuchado sus conversaciones telefónicas, espiado lo que hacía usted o revisado su celular)	0	1	2	3	4	5	6

VIII. Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de formas de ayuda que las personas se ofrecen mutuamente. Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia <u>ALGÚN FAMILIAR</u> le ha ayudado en alguna de las siguientes formas?		Nunca	1 vez	2 veces	3-5 veces	6-10 veces	11-20 veces	Más de 20 veces
102.	¿Hizo alguna actividad con usted para ayudarlo a quitarse las cosas de la cabeza?	0	1	2	3	4	5	6
103.	¿Le dijo que usted había hecho algo bien?	0	1	2	3	4	5	6
104.	¿Le dijo que le gustaba su manera de ser?	0	1	2	3	4	5	6
105.	¿Le dio dinero?	0	1	2	3	4	5	6
106.	¿Le confortó demostrándole afecto físicamente?	0	1	2	3	4	5	6
107.	¿Le ofreció llevarla a algún lugar?	0	1	2	3	4	5	6
108.	¿La escuchó cuando platicaba de sentimientos privados?	0	1	2	3	4	5	6
109.	¿Demostró interés y preocupación por su bienestar?	0	1	2	3	4	5	6
110.	¿Cuidó a alguien de su familia cuando usted estaba fuera?	0	1	2	3	4	5	6
111.	¿Le ofreció un lugar para dormir o donde quedarse?	0	1	2	3	4	5	6

IX. Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de formas de ayuda que las personas se ofrecen mutuamente. Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia <u>ALGÚN AMIGO</u> le ha ayudado en alguna de las siguientes formas?		1 vez	2 veces	3-5 veces	6-10 veces	11-20 veces	Más de 20 veces	Nunca
112.	¿Hizo alguna actividad con usted para ayudarlo a quitarse las cosas de la cabeza?	1	2	3	4	5	6	0
113.	¿Le dijo que usted había hecho algo bien?	1	2	3	4	5	6	0

IX. Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de formas de ayuda que las personas se ofrecen mutuamente. Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia <u>ALGÚN AMIGO</u> le ha ayudado en alguna de las siguientes formas?		1 vez	2 veces	3-5 veces	6-10 veces	11-20 veces	Más de 20 veces	Nunca
114.	¿Le dijo que le gustaba su manera de ser?	1	2	3	4	5	6	0
115.	¿Le dio dinero?	1	2	3	4	5	6	0
116.	¿Le confortó demostrándole afecto físicamente?	1	2	3	4	5	6	0
117.	¿Le ofreció llevarla a algún lugar?	1	2	3	4	5	6	0
118.	¿La escuchó cuando platicaba de sentimientos privados?	1	2	3	4	5	6	0
119.	¿Demostró interés y preocupación por su bienestar?	1	2	3	4	5	6	0
120.	¿Cuidó a alguien de su familia cuando usted estaba fuera?	1	2	3	4	5	6	0
121.	¿Le ofreció un lugar para dormir o donde quedarse?	1	2	3	4	5	6	0

X. Enseguida voy a leer una lista de oraciones sobre cómo se siente con respecto a su vecindario. Dígame su grado de acuerdo o desacuerdo con las oraciones.		Completamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Completamente de acuerdo
122.	Siente que pertenece a su vecindario	1	2	3	4	5
123.	Visita a sus vecinos en sus casas	1	2	3	4	5
124.	Cree que sus vecinos la ayudarían en una emergencia	1	2	3	4	5
125.	Participa en actividades para el mejoramiento del vecindario	1	2	3	4	5
126.	Siente que apoya a la gente de su vecindario	1	2	3	4	5
127.	Su familia presta cosas e intercambia favores con los vecinos	1	2	3	4	5
128.	Frecuentemente se detiene a platicar con la gente de su vecindario	1	2	3	4	5

	XI. En una escala de 0 a 10, en donde 0 es "nada" y 10 es "demasiado" ¿Cómo calificaría las siguientes situaciones de su barrio?	Nada											Demasiado
129.	¿Qué tan peligroso es?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
130.	¿Qué tan ruidoso es su barrio?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
131.	¿Qué tanta droga se vende en su barrio?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
132.	¿Qué tan sucio es su barrio?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
133.	¿Qué tan oscuro es su barrio, por las noches?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
134.	¿Qué tantos vagos hay en su barrio?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
135.	¿Qué tantos pleitos hay en su barrio?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
136.	¿Qué tantos borrachos se ven en las casas y calles?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
137.	¿Qué tan descuidadas están las calles y casas?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

XII. En las últimas dos semanas, ¿Cuántos días usted se ha sentido...

138. Agotada y sin fuerzas?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
139. Con dificultad para dormir?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
140. Enferma o con algún dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
141. Descansada después de dormir?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
142. Con muy buena salud?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
143. Llena de energía para realizar las actividades normales?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

XIII. En las últimas dos semanas, ¿Cuántos días usted se ha sentido...

144. Depresión o tristeza?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
145. Culpa por cosas que le han pasado en la vida?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
146. Que sería mejor dejar de vivir o suicidarse?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
147. Mal por haber fallado en algo?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
148. Que le ha sido más difícil hacer sus labores?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
149. Pérdida de interés por cosas que le gustan normalmente?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
150. Cambio de interés sexual, mayor o menor?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
151. Problemas para concentrarse?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
152. Preocupada por cosas al punto de que no podía dejar de pensar en ellas?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
153. Sintió como si no tuviera valor o como que había fallado en todo?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
154. Vio su futuro muy incierto?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

XIV. Dígame que tan de acuerdo está usted con las siguientes oraciones. Conteste por favor como es usted no como le gustaría ser.		Nada	Un poco	Regular	Mucho	Totalmente
155.	Se siente capaz de resolver sus problemas	1	2	3	4	5
156.	Mantiene relaciones cercanas con sus amigos	1	2	3	4	5
157.	Ha alcanzado las metas que se ha propuesto en la vida	1	2	3	4	5
158.	Es capaz de expresar libremente sus opiniones	1	2	3	4	5
159.	Sus amigos confían en usted	1	2	3	4	5

XIV. Dígame que tan de acuerdo está usted con las siguientes oraciones. Conteste por favor como es usted no como le gustaría ser.		Nada	Un poco	Regular	Mucho	Totalmente
160.	Se siente satisfecha con su vida	1	2	3	4	5
161.	Últimamente ha mejorado su forma de ser	1	2	3	4	5
162.	Ha sido capaz de construir una vida a su gusto	1	2	3	4	5
163.	Le gusta aprender cosas nuevas que le ayuden en su vida	1	2	3	4	5
164.	Disfruta de hacer planes futuros para su vida	1	2	3	4	5
165.	Le gusta su forma de ser	1	2	3	4	5
166.	Se siente útil e importante en la vida	1	2	3	4	5

XV. En la siguiente lista de afirmaciones por favor dígame qué tanto la describen a usted en el ÚLTIMO MES cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas. Responda como ha sido usted, no como le hubiera gustado haber sido.		Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
167.	Vio lo positivo de la vida y de las cosas que le pasaron	0	1	2	3	4
168.	Buscó el apoyo de otros cuando necesitó de su ayuda	0	1	2	3	4
169.	Mantuvo el sentido del humor aún en las situaciones más difíciles	0	1	2	3	4
170.	Trató constantemente de mejorar su vida	0	1	2	3	4
171.	Cuando hubo problemas los enfrentó inmediatamente	0	1	2	3	4
172.	Buscó estar con las personas con las que pudo aprender cosas positivas	0	1	2	3	4
173.	Intentó aprender algo positivo incluso de los problemas que enfrentó	0	1	2	3	4
174.	A pesar de sus problemas procuró ser feliz	0	1	2	3	4
175.	Su fe en Dios le ayudó a superar sus problemas	0	1	2	3	4

XV. En la siguiente lista de afirmaciones por favor dígame qué tanto la describen a usted en el ÚLTIMO MES cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas. Responda como ha sido usted, no como le hubiera gustado haber sido.		Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
176.	Fue capaz de sonreír a pesar de los problemas que tuvo	0	1	2	3	4
177.	Por más difíciles que fueron las situaciones en su vida fue capaz de enfrentarlas	0	1	2	3	4
178.	Tuvo metas y aspiraciones en la vida	0	1	2	3	4
179.	Pensó que el futuro sería mejor que el presente	0	1	2	3	4
180.	Hizo lo posible para cumplir con las metas y aspiraciones de su vida	0	1	2	3	4
181.	Estuvo segura de usted misma en lo que hizo	0	1	2	3	4
182.	Para usted los problemas fueron un reto que superar	0	1	2	3	4
183.	Sus creencias en Dios le dieron sentido a su vida	0	1	2	3	4
184.	Luchó hasta conseguir lo que quiso	0	1	2	3	4
185.	Creyó que tendría éxito en lo que hizo	0	1	2	3	4
186.	Se consideró capaz de resolver o superar los problemas de su vida	0	1	2	3	4

XIV. En las siguientes preguntas dígame la opinión que tiene usted de sí misma.		Nunca	Rara vez	Algunas Veces	La mayoría de las veces	Siempre
187.	Siente que puede hacer muy bien su trabajo en su casa u otro trabajo	0	1	2	3	4
188.	Siente que es al menos tan inteligente como los demás	0	1	2	3	4
189.	Puede hacer los trabajos rápidamente	0	1	2	3	4
190.	Recuerda las cosas que aprende fácilmente	0	1	2	3	4
191.	Siente confianza de que el trabajo que realiza en su casa u otro trabajo es de calidad	0	1	2	3	4

XIV. En las siguientes preguntas dígame la opinión que tiene usted de sí misma.		Nunca	Rara vez	Algunas Veces	La mayoría de las veces	Siempre
192.	Es capaz de proponer soluciones inmediatas a los problemas del trabajo o de las responsabilidades del hogar	0	1	2	3	4
193.	Es fácil para usted hacer amigos	0	1	2	3	4
194.	Tiene facilidad para tener muchos amigos	0	1	2	3	4
195.	Siente que tiene tantos amigos como quiere	0	1	2	3	4
196.	Le gusta estar con otra gente	0	1	2	3	4
197.	Está contenta de la manera como es querida por otros	0	1	2	3	4
198.	Es muy popular en su trabajo o con sus vecinos	0	1	2	3	4
199.	Se siente feliz con su apariencia física	0	1	2	3	4

XV. Enseguida se presenta una lista de declaraciones. Nos gustaría saber si ha tenido alguna situación como las mencionadas en el mes pasado. Por favor responda las afirmaciones lo mejor que pueda.		Nunca	Ocasionalmente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Frecuentemente	Siempre
200.	Tiene explosiones de enojo	0	1	2	3	4	5	6
201.	Se truena los dedos o mueve sus piernas	0	1	2	3	4	5	6
202.	Necesita que le recuerden comenzar una tarea aunque esté dispuesta a hacerla	0	1	2	3	4	5	6
203.	Tiene problemas en cambiar de una actividad o tarea a otra	0	1	2	3	4	5	6
204.	Tiene reacciones emocionales exageradas	0	1	2	3	4	5	6
205.	No se da cuenta cuando hace que otros se sientan mal o se enfaden hasta que es demasiado tarde	0	1	2	3	4	5	6
206.	Tiene problemas en permanecer sentada	0	1	2	3	4	5	6
207.	Tiene explosiones emocionales por razones pequeñas	0	1	2	3	4	5	6
208.	Tiene problemas en aceptar diferentes maneras de resolver los problemas en el trabajo con amigos o en tareas	0	1	2	3	4	5	6
209.	Habla en el tiempo inadecuado	0	1	2	3	4	5	6
210.	Reacciona a las situaciones más emocionalmente que sus amigos	0	1	2	3	4	5	6
211.	Tiene problemas al esperar su turno	0	1	2	3	4	5	6
212.	Tiene dificultades en pensar de diferente manera para resolver un problema cuando está "atorada"	0	1	2	3	4	5	6
213.	Reacciona exageradamente ante pequeños problemas	0	1	2	3	4	5	6

XV. Enseguida se presenta una lista de declaraciones. Nos gustaría saber si ha tenido alguna situación como las mencionadas en el mes pasado. Por favor responda las afirmaciones lo mejor que pueda.		Nunca	Ocasionalmente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Frecuentemente	Siempre
214.	Hace comentarios sexuales inapropiados	0	1	2	3	4	5	6
215.	Cuando la gente se disgusta con usted, no entiende el porqué	0	1	2	3	4	5	6
216.	Fácilmente se disgusta emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
217.	Toma decisiones que la ponen en problemas (legalmente, financieramente, socialmente)	0	1	2	3	4	5	6
218.	Está molesta al tener que tratar con cambios	0	1	2	3	4	5	6
219.	Dice cosas sin pensar	0	1	2	3	4	5	6
220.	Su enojo es intenso pero termina rápidamente	0	1	2	3	4	5	6
221.	La gente dice que usted fácilmente se distrae	0	1	2	3	4	5	6
222.	La gente dice que es muy emocional	0	1	2	3	4	5	6
223.	Se apresura a hacer las cosas	0	1	2	3	4	5	6
224.	La gente dice que no piensa antes de actuar	0	1	2	3	4	5	6
225.	Después de tener un problema no se recupera fácilmente	0	1	2	3	4	5	6
226.	Su estado de ánimo cambia frecuentemente	0	1	2	3	4	5	6
227.	No piensa en las consecuencias antes de hacer algo	0	1	2	3	4	5	6
228.	Se disgusta rápidamente o fácilmente ante cosas pequeñas	0	1	2	3	4	5	6
229.	Es impulsiva	0	1	2	3	4	5	6

¡Muchas Gracias!