



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM



Vol. 12
Núm. 24
julio-diciembre

2022

35
-12

23



Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Editora General – Chief Editor

Lilia Mestas Hernández
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Consejo Editorial – Editorial Board

Eduardo Alejandro Escotto Córdova
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Mirna García Méndez
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Marco Antonio Cardoso Gómez
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Gabriela Carolina Valencia Chávez
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Alejandro Valdés Cruz
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF)

Comité Editorial – Editorial Committee

Sergio Bastar Guzmán
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Héctor Magaña Vargas
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Ángel Francisco García Pacheco
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

José Manuel García Cortés
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Lidia Beltrán Ruíz
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Sergio Mandujano Vázquez
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Comité Editorial – Editorial Committee

César Augusto de León Ricardi
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Gabriel Martín Villeda Villafañá
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Daniel Rosas Alvarez
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Fernando Gordillo León
Universidad Camilo José Cela (UCJC), Madrid, España

José M. Arana Martínez
Universidad de Salamanca (USAL), Salamanca, España

Gerardo Ortiz Moncada
Universidad Pedagógica Nacional

Dulce Flores Olivera
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Víctor Manuel Magdaleno Madrigal
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF)

Yulia Solovieva
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Jorge Ignacio Sandoval Ocaña
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

María Cristina Vanegas Rico
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Sara Unda Rojas
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Ana Natalia Seubert Ravelo
Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM)

Cristina Alejandra Mondragón Maya
Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM)

Ana María Baltazar Ramos
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM)

Guillermina Yáñez Téllez
Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM)

Revista Electrónica de **Psicología** de la FES Zaragoza-UNAM

Vol. 12, núm. 24, julio-diciembre, 2022

CONTENIDO

La identificación de la muerte, fracaso, estigma y rechazo en un grupo de hombres con VIH. Un análisis cualitativo Bernardo Adrián Robles Aguirre, Lilia Mestas Hernández, Fernando Gordillo León	4
Modelos de estrés laboral: funcionamiento e implicaciones para el bienestar psicosocial en las organizaciones Emmanuel Martínez-Mejía	17
Cuando se habla de “enfermedad mental” en la televisión mexicana. Una aproximación analítica del discurso multimodal Lidia Beltrán-Ruiz, Sergio Carlos Mandujano-Vázquez, Evelyn Noemi Sánchez-Somera	29
Diabetes: una oportunidad a la vida. La filosofía de la diabetes, una propuesta cognitiva Marco Antonio Cardoso Gómez, Lilia Mestas Hernández, María Luisa Ponce López, Alejandro Zarco Villavicencio, Irma Araceli Aburto López, Bernardo Adrián Robles Aguirre	38
Nivel del estado de ánimo en estudiantes universitarios durante el confinamiento por la covid-19 Javier López Vargas, Gala Fabiana Rodea Solares, Verónica Vargas Coronado, Alejandra Sánchez Cid, Magaly Martínez Montero	47
Consideraciones sobre el objeto de estudio de la psicología social Germán Gómez Pérez	55
Situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento y autoconfianza en pacientes con drogodependencia en tratamiento residencial Angel López Ortiz, Alexis Amelio Fernández Flores	67
Reforma e innovación: contexto histórico de la fundación de los proyectos de Psicología Iztacala y Zaragoza (1950-1975) Abdiel Buelna Chontal, Gustavo Parra Ramírez, Melisa Yolanda Pasos Osnaya	74

Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM, Año 12, No. 24, julio-diciembre de 2022, periodicidad semestral, editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3000, Colonia Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México, a través de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Av. Guelatao No. 66, Colonia Ejército de Oriente, Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México, Tel: 56230590, Correo Electrónico: revista.ps.zaragoza@gmail.com, <http://www.zaragoza.unam.mx/rep>. Editora Responsable: Dra. Lilia Mestas Hernández, Reserva de derechos al uso exclusivo N° 04-2015-072013035900-203, ISSN: 2395-8480, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Claudia Ahumada, Depto. de Publicaciones y Comunicación Gráfica, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Av. Guelatao No. 66, Colonia Ejército de Oriente, Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México. Fecha de la última modificación, 23 de septiembre de 2022. El contenido de la Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM es elaborado sin fines comerciales para favorecer la difusión de la información contenida. Todos los derechos están reservados. Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta del material publicado, sin contar previamente con la autorización por escrito de los editores, en términos de la Ley Federal de Derechos de Autor, y en su caso de los tratados internacionales aplicables.

La identificación de la muerte, fracaso, estigma y rechazo en un grupo de hombres con VIH. Un análisis cualitativo

The interpretation of death, failure, stigma and denial in VIH positive men, a qualitative analysis

BERNARDO ADRIÁN ROBLES AGUIRRE^{1,2}
LILIA MESTAS HERNÁNDEZ¹
FERNANDO GORDILLO LEÓN³

RESUMEN: Vivir con VIH moldea tanto las experiencias subjetivas personales como los espacios de convivencia social y familiar. El objetivo del presente texto es analizar la experiencia de un grupo de nueve personas que viven con VIH y reconocer con ello, la forma en cómo identifican la muerte, el fracaso, el estigma y el rechazo, para comprender el proceso de incorporación del VIH en la vida cotidiana. Se realizó un estudio de corte cualitativo con nueve hombres que viven en la CDMX y el estado de México. Se recuperaron y analizaron las experiencias en torno al diagnóstico desde una perspectiva interpretativa del discurso. Los resultados sugieren que los conceptos de estigma y rechazo, están íntimamente relacionados con el virus, por lo que en general ocultan su diagnóstico a todos los elementos de su entorno social cercano, además de que consideran que una orientación sexual fuera de lo heteronormativo, puede causar mucho más rechazo y estigmatización que el diagnóstico positivo al VIH.

Palabras clave: experiencia subjetiva personal, vida cotidiana, diagnóstico positivo al VIH, calidad de vida, salud.

Abstract: Living with HIV shapes both personal subjective experiences and spaces for social and family coexistence. The objective of this text is to analyze the experience of a group of nine people living with HIV and thereby recognize how they identify death, failure, stigma and rejection, in order to understand the process of incorporating HIV into everyday life. A qualitative study was carried out with nine informants who live in CDMX and the state of Mexico. The experiences around the diagnosis were retrieved and analyzed from an interpretive perspective of the discourse. The results suggest that the concepts of stigma and rejection are closely related to the virus, so in general they hide their diagnosis from all the elements of their close social environment, in addition to considering that a sexual orientation outside the heteronormative can cause far more rejection and stigmatization than a positive HIV diagnosis.

Keywords: personal subjective experience, daily life, HIV positive diagnosis, health, quality of life.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se considera que el VIH¹ es una infección crónica y controlable gracias a los avances de los tratamientos antirretrovirales (Hipólito *et al.*, 2017, Shernoff, 2006 y Reis y Gir, 2010), sin embargo, continúa representando una presión importante al sistema de salud, especialmente por los costos de los medicamentos antirretrovirales y las complicaciones asociadas a estos. Debido a esto, por una parte, sigue siendo de fundamental importancia la prevención de nuevos casos y, por el otro, mejorar la calidad de vida de quienes ya han sido afectados. En este contexto, el Informe Anual de ONUSIDA, reportó para 2019, que cerca de dos millones de personas contraían el VIH cada año, y aunque las muertes relacionadas con el SIDA también han logrado disminuir, las proyecciones internacionales consideran que aún falta tiempo para que pueda ponerse fin a la epidemia, sin embargo, se prevé que para el 2030 se pueda llegar al objetivo de 95-95-95 (ONUSIDA, 2020).

Por otra parte, los sectores de la población que viven con bajos recursos económicos y con una deficiente atención en materia de salud pública, se han convertido en los grupos con mayor posibilidad de estar en situación de vulnerabilidad para contraer el virus. Así, más del 90 por ciento de las personas con VIH se encuentran en países en vías de desarrollo, donde se presentan la falta de recursos aunados a factores como la reclusión social (Flores – Sarazúa *et al.*, 2006), la discriminación (Núñez, 2011), la violencia (Muñoz – Martínez, 2014), el racismo (Castro y Farmer, 2003), la migración (Zapata – Garibay *et al.*, 2014), la escasez en los sistemas políticos para incluir al VIH en sus agendas políticas, así como el retraso histórico y la baja cobertura de servicios médico (Granados – Cosme, 2015), son condiciones que han propiciado pensar al VIH como una “enfermedad de la pobreza” (Herrera y Campero, 2002).

Reconociendo lo anterior, observamos que el empobrecimiento y el deterioro de las condiciones de vida de miles de familias mexicanas han evidenciado que hay sectores de la población que, aunque no se encuentran en condición de pobreza extrema, pueden ser consideradas como vulnerables debido a que no disponen de suficientes recursos para enfrentar y superar los efectos de las cambiantes circunstancias económicas o del propio ámbito familiar (CONAPO, 2000), lo cual nos permite hablar de “grupo en situación de riesgo” (Collignon – Goribar, 2009) y con una vulnerabilidad tanto de orden individual, como social (Kaztman, 2000).

La vulnerabilidad frente al VIH se expresa también en los significados que se construyen alrededor de las vías de transmisión, particularmente la sexual. Al día de hoy, el VIH continúa siendo un atributo profundamente desacreditador (Goffman, 1970), una enfermedad estigmatizada (Aggleton *et al.*, 2003) que obliga a muchos a vivirla bajo el anonimato,

provocando con ello, un bajo índice de prevención y promoviendo la cadena de transmisión. Asimismo, el temor fundado a ser rechazado conduce a las personas a experimentar la enfermedad en silencio, lo que debilita las redes sociales que constituyen el soporte social necesario para enfrentarla, por ello, es común encontrar estrategias de aislamiento social afectando con ello la esfera familiar, escolar y laboral (Mora – Rojas *et al.*, 2017 y Tobón y García, 2019).

En este contexto, recordemos que el VIH no afecta exclusivamente a la persona que lo padece, ya que además se inserta en la sociedad en su conjunto. El VIH modifica y reconstruye la vida cotidiana, así como los espacios de convivencia, de tal forma que se adhiere en el día a día de cada sujeto, reinterpretándose a partir de la forma en cómo se identifica, tanto en lo interno como en lo externo, moldea, resignifica y redefine las relaciones sociales y la trayectoria individual, cuestionando permanentemente el devenir, la incertidumbre, la zozobra y la ansiedad que se experimenta diariamente.

En este contexto, reconocemos que, aunque las mujeres corren un mayor riesgo de convertirse en seropositivas debido a las vulnerabilidades biológicas, la baja situación socioeconómica, la práctica sexual dominante de los hombres y los factores epidemiológicos (Paudel y Baral, 2015), el interés particular de nuestro trabajo, se centró en reconocer cómo se identifica la muerte, el fracaso, el estigma y el rechazo en un grupo exclusivamente de hombres que viven con VIH y así, identificar qué valor le atribuyen a cada concepto y registrar si esto, facilita u obstaculiza el proceso de aceptación e incorporación del VIH en la vida cotidiana.

Para lo anterior, se recuperaron y analizaron las experiencias en torno al diagnóstico positivo y los cambios generados en la cotidianidad de los participantes, ya que estos son procesos que configuran los estilos de vida colectivos (Álvarez, 2009), donde las oportunidades y las decisiones individuales se ven influenciadas por el medio social en que las personas viven.

Si entendemos que el ser humano se encuentra inmerso en el mundo, cada experiencia se mezcla con él, no se encuentra separada de su existencia; al contrario, la persona crea su mundo a partir de estas vivencias. Como lo señalan Guerrero-Castañeda *et al.*, 2019, toda experiencia puede ser estudiada, pero para poder interpretarse y, en consecuencia, comprenderse, se requiere conocer la experiencia misma desde la perspectiva del ser humano. La experiencia vivida es lo que acontece en el ser humano en su cotidianidad, de ahí que se pueda abordar con una visión fenomenológica. La enfermedad no es un fenómeno que escape a este abordaje; al contrario, la experiencia de vivir con una enfermedad pone en marcha diferentes mecanismos de adaptación. La enfermedad se fundamenta a través de normas, valores, concepciones e ideologías propias de cada grupo étnico y social y que incide en lo que se reconocen como normal, anormal, tolerable e intolerable (Hersch, 2013).

Desde esta perspectiva, cada sujeto tiene una concepción particular acerca de las características de la enfermedad, una esencia fenoménica, ya que la realidad, o saber cotidiano es un

¹ El VIH se caracteriza por tener una reproducción constante de “viriones” en el sistema inmunitario del cuerpo humano. Una persona infectada por el VIH puede vivir varios años sin mostrar algún tipo de enfermedad, a esta característica se le denomina “estado asintomático” conocido también como “seropositivo” (Magis y Del Río, 2000).

elemento creado por nosotros mismos, un conocimiento que construye y da origen a nuestra vida diaria y que se estructura en contextos sociales específicos (Berger y Luckmann, 1999). De esta forma se vive y se interactúa en el interior de la sociedad y dentro de un grupo de convivencia cotidiana (Heller, 1998). El acto de vivir (el cuerpo propio) involucra tanto las sensaciones como las percepciones (Vargas Melgarejo, 1994 y Aguado, 2004) y así, la existencia conforma representaciones mentales, convirtiendo el cuerpo en la principal vía de conocimiento, donde la noción de experiencia y percepción son inseparable de la presencia (Levinas, 2005).

Haciendo referencia al estudio de Le Breton (1991) sobre la importancia de la vida cotidiana y tomando como punto de apoyo los usos del cuerpo, es importante considerar que el ser humano entrelaza su aventura personal, amando, envejeciendo, reconociendo dolores, odios, indiferencias o enojos, a partir de su construcción como un ser adherido a su contexto social, por tanto, es necesario reconocer el papel que juegan las emociones y los sentimientos, pues como especifica Bericat (2000), emociones tales como soledad, envidia, odio, miedo, vergüenza, resentimiento, venganza, nostalgia, tristeza, satisfacción, alegría, rabia, frustración entre otras, corresponden a situaciones sociales específicas que están estrechamente relacionadas entre la dimensión social y la dimensión emocional de todo humano ya que conocemos, reconocemos y aprehendemos el mundo por y a partir del cuerpo y a partir de percepciones, emociones y sensaciones que se producen y reproducen a partir de su interacción y su contexto social –ambiental (Cervio, 2012).

Desde la psicología, esta forma de entender las emociones entronca directamente con teorías clásicas de las emociones como la planteada por James (1884), que las consideraba sensaciones de cambios corporales y no como estados mentales independientes. Por lo tanto, entendía las emociones como epifenómenos, productos de las alteraciones viscerales (Deigh, 2010). Autores posteriores establecen diferencias entre el concepto de emoción y sentimiento. Damasio (2005 y 2010), retomando diferentes aspectos de la teoría de James (1884), entiende las emociones como aspectos corporales observables y medibles, mientras que mantiene el término “sentimiento” para designar el aspecto mental, privado y no medible; es decir, la dimensión subjetiva. Sin duda esto es congruente con la idea de que las emociones determinan los sentimientos, y que estos, se experimentan por la interacción constante del cuerpo, la mente y el contexto socio-ambiental. Bajo esta perspectiva, la comprensión de la experiencia subjetiva de las personas que tienen VIH, requiere de un análisis cualitativo, donde la experiencia individual prime sobre la colectiva. Este complejo análisis cualitativo puede iniciarse a partir de las ideas que han edificado sobre su corporeidad. A partir del diagnóstico positivo a VIH, crean, a través de las acciones diarias, aspectos de resignificado sobre conceptos como muerte, fracaso estigma y rechazo.

Por este motivo, todos los individuos construyen formas distintas de asimilar, identificar, aceptar o rechazar el VIH, esto dependerá de cada existencia donde no hay juicios de valor respecto a sentimientos correctos o incorrectos, verdaderos o fraudulentos, pues llevan consigo satisfactores que difieren en

plenitud, profundidad y duración emocional (Bauman, 2001). Aquí, es importante resaltar el papel que la homofobia juega en el proceso de asimilación del diagnóstico de VIH, tanto el más general que implica la estigmatización como el más individual que se expresa con la incorporación de la homofobia. En términos generales se considera que la internalización del rechazo incluye una baja autovaloración y autorechazo (Lara y Mateos, 2003). Estos dos efectos pueden estar generando conductas autodestructivas que incluyen, entre otras, consumo de drogas o conductas suicidas (Pastrana, 2020) y para este estudio en particular, una menor frecuencia de prácticas preventivas como el uso del condón. Aunque algunos de los entrevistados dijeron asumir su orientación sexual sin reservas, ni complicaciones, ellos mismos reconocieron que en la infancia fueron víctimas de prácticas homofóbicas, discriminación y burlas por conductas consideradas por los agresores como femeninas, gustos o intereses que salían de la llamada heteronormativa², es decir, por lo que “la gran mayoría de los “homosexuales” no tienen ni siquiera existencia consciente, ya que desde la infancia, el deseo homosexual se priva socialmente por medio de mecanismos familiares y educativos (Hocquenghem, 2009), lo cual produce violencia física y simbólica. En los párrafos siguientes se definirá al grupo de estudio y los criterios de inclusión seleccionados para el análisis cualitativo de su experiencia.

MÉTODO

Se realizó un estudio de corte cualitativo³ aplicando entrevistas semiestructuradas a un grupo de nueve hombres que viven con VIH. En la tabla 1 se presentan las características del grupo de estudio. Se hizo una definición de informantes clave, considerando como tales a varones residentes de la Ciudad de México o la zona conurbada del Estado de México, que refirieran haber contraído el VIH por prácticas sexuales de alto riesgo⁴. Se consideró también que hubieran sido diagnosticados en diferentes temporalidades, que al momento de la entrevista estuvieran bajo el esquema de Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA), que mostraran un patrón de seguimiento médico constante⁵ y que participaran en protocolos de atención dentro del centro de salud especializado. Lo anterior debido a que, como especifican algunos autores (Delgadillo, 2007 y Flores *et al.*, 2008), estar informado sobre un diagnóstico positivo permite construir estrategias de atención y cuidado más permanentes y sólidas

2 La heteronormatividad se describe como un discurso restrictivo de género que insiste en la dicotomía hombre/mujer “como la forma exclusiva de entender el campo del género... que naturaliza el caso hegemónico y reduce la posibilidad de pensar en su alteración” (Butler, 2006, p.70).

3 Siguiendo la metodología de Banks, 2010; Flick, 2004; Geertz, 1992; Glaser y Strauss, 1967; Hamui, 2011; Oliva *et al.*, 2001; Robles, 2011A y 2011B, Taylor y Bogdan, 1996 y Varguillas y Ribot, 2007.

4 Las prácticas sexuales se han considerado “sin riesgo” (sexo seguro) cuando el intercambio de secreciones como sangre, semen y fluidos vaginales es nulo; de poco riesgo (sexo protegido), si tal intercambio es escaso; o con riesgo (coito sin empleo de condón)” (Martínez *et al.*, 2001, p. 36).

5 Esto es, asistir mensualmente a las citas médicas (cuando menos en los últimos seis meses), que mantuvieran su monitoreo de carga viral, así como otros datos de laboratorio en indetectable.

para con ellos mismos. Sumado a esto, algunos reconocieron que estar consciente de la enfermedad puede proporcionar un sentido de responsabilidad, autocuidado y autoprotección, lo cual es relevante para la correcta ingesta de medicamentos antirretrovirales (Bassett *et al.*, 2019 y Radusky *et al.*, 2022).

Las condiciones anteriormente descritas, permitieron encontrar sujetos en una situación de relativa tranquilidad, de mayor adaptación al diagnóstico y al tratamiento, de forma tal que se favoreciera una recuperación reflexiva de su experiencia frente al diagnóstico y su relación con las actividades cotidianas.

Las entrevistas se realizaron después de uno a dos encuentros con los informantes claves para establecer un mejor contexto para reproducir la experiencia. Éstas se efectuaron en espacios cerrados en donde el participante definió sentirse más cómodo. A cada uno se le informó el propósito del estudio, así como el papel de su participación mediante un consentimiento bajo

información previa. Cada uno eligió un seudónimo y se le pidió explícitamente su autorización para que las entrevistas fueran audiograbadas. Todos los informantes fueron reclutados en la unidad de atención médica en donde llevaban el seguimiento de su diagnóstico. Posteriormente, se transcribió y analizó desde una perspectiva interpretativa del discurso. Se identificaron categorías discursivas significativas, según el énfasis observado en los informantes y se interpretaron a la luz de un marco teórico que se constituyó como *la mirada* de los participantes del estudio.

Por último, se identificaron regularidades discursivas y se corroboró su solidez testimonial al referirla a la particularidad de cada caso. Se seleccionaron los fragmentos más contundentes y que dieran cuenta de una reconstrucción de la experiencia del diagnóstico de VIH al momento actual, esto con la finalidad de distinguir posibles fases constitutivas de un proceso adaptativo (véase tabla 1).

TABLA 1. Características generales del grupo de estudio.

Nombre	Año de nacimiento	Posible lugar donde ocurrió la transmisión	Nivel de escolaridad	Ocupación	Lugar de residencia	Grupo social con el que habita después del Dx
Benjamín	1973	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI	Secundaria	Conductor de transporte en empresa de televisión	Estado de México	Actualmente vive con su pareja
Caín	1979	Desconoce	Secundaria	Guardia de seguridad en banco	Ciudad de México, Zona Centro	Vive con un hermano, está en pláticas para regresar a vivir con su esposa
Adolfo	1954	Desconoce	Carrera trunca de Ingeniería Civil	En proceso de jubilación del IMSS	Ciudad de México, Zona Centro	Actualmente vive solo
Iván	1960	Casa con su pareja	Ingeniero Civil, con especialidad en finanzas y estadística	Jubilado	Estado de México	Actualmente vive solo
Fernando	1984	Casa con su pareja	Contaduría y trabajo social	Contador	Ciudad de México, Zona Sur	Comparte departamento con una amiga y la hija de ésta
Milton	1957	Desconoce	Preparatoria	Lavado de alfombras	Ciudad de México, Zona Centro	Vive solo y ocasionalmente con uno de sus hermanos
Diego	1955	Hotel en San Francisco, Estados Unidos	Cirujano dentista	Jubilado, repartidor de comida casera	Estado de México	Actualmente vive con su pareja
Felipe	1981	Hotel con amiga	Derecho	Abogado	Ciudad de México, Zona Centro	Actualmente vive solo
Vicente	1973	Desconoce	Preparatoria	Cajero de banco	Ciudad de México, Zona Sur	Vive con un hermano

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas.

RESULTADOS

Cuando las personas comienzan a tener pensamientos acerca de la fragilidad de la vida y de su propia finitud, pueden experimentar altos niveles de ansiedad que incluso puede llegar a ser paralizante. En respuesta a ello, se ponen en marcha mecanismos psicológicos de manera consciente o no consciente que permiten tener cierto control sobre estos pensamientos y sus consecuencias, y que podrían ser más o menos exitosos dependiendo de distintas variables situacionales y personales. La literatura que existe respecto a este tema concuerda en que sea como fuere, la presencia de la idea de muerte en la consciencia de los individuos trae consigo cambios en su conducta, cognición y emocionalidad; es el precio que se debe pagar por ser el único ser vivo que tiene consciencia de su mortalidad (Gordillo, Mestas y Pérez, 2018).

En este sentido, como se puede observar en la tabla 2, cuando se le cuestionó a los entrevistados qué ideas tenían sobre conceptos como muerte, fracaso, estigma y rechazo, encontramos que, en el caso del concepto de muerte, dos participantes: Caín y Milton hacen referencia a que cuando piensan en ello, comienzan con sentimientos de agobio

y desazón que trae como consecuencia, falta de apetito, migrañas y apnea del sueño; por lo tanto, evitan en la medida de lo posible pensar en este tema. Los participantes Iván, Fernando y Felipe consideran que, aunque al principio tuvieron este pensamiento recurrentemente, fue gracias a los grupos de apoyo, que pudieron comprender que no por estar diagnosticados deberán morir prontamente. Por su parte Adolfo, Benjamín y Vicente, aunque también tuvieron este pensamiento al inicio de su diagnóstico, reconocen que unos meses después de iniciar su TARAA comenzaron a notar que con su correcta ingesta era posible vivir por muchos años. Por último, Diego comentó que la idea de muerte no figura entre sus pensamientos o al menos no relacionado con el diagnóstico de VIH sino debido a una decepción amorosa.

Sobre la percepción del fracaso, sólo Iván reconoce que el diagnóstico como seropositivo se ha convertido en un factor decepcionante dentro de su vida. Vicente, Milton y Felipe lo relacionan más con malestares laborales, Caín y Adolfo con decepciones amorosas, Diego con ambos, Fernando con sus preferencias sexuales y, Benjamín dijo sentirse frustrado no por alguna situación relacionada con el VIH, sino por no haber podido detener a su hermano cuando éste se suicidó.

TABLA 2. Identificación de la muerte, fracaso, estigma y rechazo.

Nombre	Año de diagnóstico	Sobre la muerte	Sobre el fracaso	Sobre el estigma	Sobre el rechazo
Benjamín	1996	Al principio sí, pero ya no lo considera así, gracias a los medicamentos	No por el VIH sino por una situación familiar	A causa del personal médico	A causa del personal médico
Caín	2012	No piensa en eso	No por el VIH sino por una decepción amorosa	Oculto su diagnóstico	Oculto su diagnóstico
Adolfo	1985	Al principio sí, pero ya no lo considera así, gracias a los medicamentos	No por el VIH sino por una decepción amorosa, murió su pareja	Por sus preferencias sexuales	Por sus preferencias sexuales
Iván	1995	Al principio sí, pero ya no lo considera así gracias al grupo de apoyo	Por el VIH	Oculto su diagnóstico	Oculto su diagnóstico
Fernando	2009	Al principio sí, pero ya no lo considera así gracias al grupo de apoyo	Por sus preferencias sexuales	Por el VIH	Por sus preferencias sexuales Por el VIH
Milton	2010	No piensa en eso	No por el VIH sino por una situación laboral	No lo identifica	Por sus preferencias sexuales
Diego	1988	No por el VIH sino por una decepción amorosa	No por el VIH sino por una situación laboral y amorosa	Por sus preferencias sexuales	Por sus preferencias sexuales
Felipe	2000	Al principio sí, pero ya no lo considera así Gracias al grupo de apoyo	No por el VIH sino por una situación laboral	Porque duden de sus preferencias sexuales	A causa del personal médico
Vicente	2006	Al principio sí, pero ya no lo considera así, gracias a los medicamentos	No por el VIH sino por una situación laboral	No lo identifica	Oculto su diagnóstico

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas semiestructuradas.

Por otra parte, solo Fernando reconoce al VIH como un factor que causa estigma y rechazo, sin embargo, Caín, Iván y Vicente mantienen en el anonimato su diagnóstico para así evitar este tipo de dinámicas. Por otra parte, Adolfo, Milton y Diego se han sentido estigmatizados no por su diagnóstico de VIH sino debido a sus gustos y preferencias sexuales, por último, Benjamín y Felipe reconocen que los médicos son las primeras figuras que alimentan el sentimiento de discriminación y rechazo, por la forma en cómo les dan el diagnóstico positivo.

Aunque todos consideraron que el VIH es una enfermedad que puede matarlos (Konstantinidis y Cabello, 2008), encontramos estrategias distintas para mitigar este tipo de pensamientos; por una parte algunos reconocen que prefieren no pensar en ello, es decir, usan la evitación como una estrategia para afrontar esta situación (Caín y Milton), otros, consideran que gracias a los medicamentos, esto puede mantenerlos en buen estado de salud (Adolfo, Benjamín y Vicente); mientras que, por último, encontramos los que hacen referencia a que ha sido gracias a los grupos de apoyo (Iván, Fernando y Felipe), que han logrado cambiar su forma de ver, sentir y pensar el VIH (Flores *et al.*, 2008) ya que ahí han encontrado alivio, consuelo y desahogo.

Aunque el propósito de este documento no fue hacer un análisis de las estrategias de afrontamiento que son usadas por este grupo de hombres, es importante señalar que la forma en la que las personas con VIH afrontan la situación marca diferencias importantes en el desarrollo de la enfermedad. En concreto, los estudios sobre afrontamiento y enfermedades crónicas buscan determinar qué estilos y estrategias de afrontamiento son las que generan un mejor ajuste y disminuye los riesgos asociados a la enfermedad (Vargas *et al.*, 2009). Un estilo de afrontamiento activo (centrado en el problema) a diferencia del afrontamiento pasivo (centrado en la emoción), se ha relacionado con una mejor respuesta del sistema inmune y un mayor afecto positivo. Mientras que el afrontamiento por evitación se ha relacionado con un menor apoyo social percibido, y una mayor prevalencia de estados afectivos negativos (Carrobes *et al.*, 2003). En el caso específico de los pacientes con VIH se ha encontrado que la ansiedad ante la muerte se relaciona mucho con la asintomaticidad de los pacientes y el tipo de afrontamiento que utilicen. En este sentido, el afrontamiento negativo (autofocalización negativa y expresión emocional abierta) incrementa la probabilidad de sufrir ansiedad ante la muerte (Miaja y Moral, 2014).

Por otra parte, cuando se trató de identificar si se consideraba al virus como la causa de algún fracaso en la vida, encontramos casos que asociaban al VIH como sinónimo de muerte, lo cual hace eco a estudios que especifican que el fracaso, es un concepto que se adhiere al VIH en el día a día independientemente a que se haga o no referencia a él (Barbieri *et al.*, 2005 y Orozco – Núñez *et al.*, 2015).

Sin embargo, reconocían que los grupos de apoyo fueron un gran aliciente para darse cuenta que podían vivir con el virus por muchos años.

...Sí lo afronté, pero de otra manera, como un proyecto de muerte no como un proyecto de vida. No lo afronté...

o sea yo me retiré otra vez del mundo. O sea tuve un lapso de mundo breve (habla sonriendo) y luego me retiré del mundo...yo sabía que en cualquier momento me iba a morir... con los grupos de reflexión y de meditación, ahí me cambió la vida...(Iván)

...yo sabía que me iba a morir, así al día siguiente, no imaginé que hubiera gente con tantos años con VIH, eso me alivió mucho, me dejó más tranquilo y ahí supe que no me iba a morir tan pronto... todos ellos comentaron de la importancia de los medicamentos y de la alimentación, esos eran como los elementos claves para no morirte y pues trato de llevarlos a cabo, al menos lo mejor que puedo... no, ya no te mueres de eso, bueno sí puedes, pero sólo si te descuidas mucho... (Fernando)

Por otra parte, encontramos que los conceptos de estigma y rechazo, están íntimamente relacionados con el virus (Barbieri *et al.*, 2005; Kübler–Ross, 1997; Lara y Mateos, 2003; Marzán y Varas, 2001; Orozco – Núñez *et al.*, 2015 y Sontag 1996), por lo que en general, los pacientes ocultan su diagnóstico a todos los elementos de su entorno social cercano (Caín, Iván y Vicente). Esto cobra relevancia pues como especifica el estudio de Bello *et al.* (2006) el temor al rechazo y a la estigmatización en el seno familiar y en el grupo de convivencia cotidiano, son obstáculos constantes dentro de las personas que viven con VIH para dar a conocer su diagnóstico positivo. Además, encontramos que algunos mantienen en el anonimato sus preferencias sexuales (Adolfo, Fernando, Milton y Diego).

Por último, Benjamín y Felipe, consideraron que los médicos o el personal de salud en general, son los primeros en alimentar la discriminación y el rechazo, esto, debido a las formas en cómo les anunciaron el diagnóstico y cómo son tratado durante sus citas médicas. La situación mencionada se refleja en el estudio de Herrera *et al.*, 2008, cuando señalan que los médicos no explican a sus pacientes los motivos de sus decisiones ni lo que sucede con los medicamentos, exigiendo el completo apego y amonestándolos cuando lo abandonan o renuncian a él, generando con esto, poca confianza con el personal médico (Kang *et al.* 2005 y Vilató *et al.*, 2015). Ante esta situación, sería recomendable que, como especifican Kleinman y Benson (2004), tanto médicos como pacientes mantengan una relación de colaboración, cordial y amable donde las técnicas de exploración de lo que significa estar enfermo, promuevan una solución práctica del problema, una catarsis y una transformación subjetiva. Esta experiencia personal de algunos de los entrevistados es congruente con recientes estudios donde se informa que en el ámbito sanitario es donde se suceden los atropellos más graves a los derechos humanos en personas portadoras (Campillay y Monárdez, 2019). Además, las mujeres han visto vulnerados sus derechos en mayor grado que los hombres (Rivera *et al.*, 2015). Así mismo, también se ha informado de una mayor discriminación en el adulto joven que en el adulto mayor, en tanto se entiende la enfermedad en el adulto mayor como una condición del ciclo natural de la vida (Nevedal *et al.*, 2017).

En el caso de la identificación de la muerte, el fracaso, el estigma y el rechazo, el impacto tanto psicológico, como emocional que genera saber un diagnóstico positivo de VIH

ha sido ampliamente estudiado (Klüber - Ross, 1997; Lara y Mateos, 1999, 2003, Sontag, 1996 y Flores *et al.*, 2008). Sentimientos de miedo, rechazo, ira, coraje, deterioro y muerte son de los primeros que se han documentado, en este aspecto. Es importante reconocer que la información que tengan tanto previa, como a lo largo del padecimiento, ayudará a construir y reformular su diagnóstico positivo. Así, consideramos importante analizar estos conceptos para observar cómo se adentran en la experiencia del sujeto y a partir de ello, cómo las hacen parte de su discurso diario de vida, pues como apreciamos, las emociones se relacionan con la dimensión social del ser humano (Bericat, 2000).

El fracaso lo consideramos importante ya que una de las decepciones básicas de los pacientes consiste en no sentir la empatía por parte de los asistentes médicos, los médicos y el personal de enfermería, puesto que el personal de salud no entiende o acepta, *la experiencia de estar enfermo*. Esto implica un no “reconocimiento de la realidad del dolor, físico y psíquico, de las personas que sufren” (Kleinman y Benson, 2004, p. 18).

El estigma se construye y forma parte de la vida cotidiana del sujeto, ya que no sólo se presenta a partir de las vivencias en el ámbito privado (autoestigmatización). Goffman (1970) hace referencia a que los estigmas, tienen tanto aspectos desacreditados como desacreditables, y estos permean en todas las esferas de la sociedad. Por lo tanto, cuando un individuo da a conocer su diagnóstico positivo, todo el grupo social interviene, ya sea de forma pasiva o activa, positiva o negativa, apoyando o silenciando, reconociendo o rechazando, en todos los sentidos se participa y, es a partir de cómo identifican el virus, que cada sujeto sentirá cercana o lejanamente la muerte; reconocerá al virus como un agente causante de fracasos y frustraciones, discriminaciones o rechazos.

En este orden de ideas, la vida cotidiana queda representada a partir de lo que asume como legítimo, normal y necesario dentro de su sociedad, imponiéndose límites y construyendo modos de operación a partir de su identificación como seropositivo. Así, durante el transcurso de las entrevistas, cada sujeto dio información referente al estigma cuando se les preguntaba sobre conceptos como miedo, rechazo o discriminación. Por su parte, Kübler-Ross (1997), Lara y Mateos (2003) y Marzán y Varas (2001) reconocen que estos conceptos forman el día a día de las personas, algunos sufren, otros se deprimen, lo extienden o reducen a su grupo familiar, pero en todos hay efectos y aunque se conoce muy bien los efectos de la esfera emocional sobre el sistema inmune, este es un aspecto que se ha infravalorado en las investigaciones en VIH (Ramos *et al.*, 2016). Por lo tanto, el diagnóstico positivo se articula en un carácter dual, de beneficio - infortunio sin importar el tipo de práctica sexual con la que se identifiquen, pero en donde el tiempo de diagnóstico juega un papel importante, puesto que como especifican Flores *et al.* (2008), el tiempo y la experiencia cotidiana, son factores indispensables para los procesos de asimilación e incorporación de esta enfermedad a sus vidas.

De esta manera, a partir de la identificación y significado que cada entrevistado hace del VIH, es plausible encontrar como

especifica Lara y Mateos (2003), que las ideas de la muerte aparecen, se intensifican o disminuyen, según la forma y calidad de vida por las que atraviesa cada persona y el entorno social en el que convive (Barbieri *et al.*, 2005). De acuerdo a esto, fue parte de la investigación precisar si los conceptos de muerte, fracaso, estigma y rechazo formaban parte de su discurso cotidiano y si no, en qué contexto aparecían o cómo lo describían. En este contexto, Sánchez *et al.* (2016) especifican que la estigmatización asociada al VIH se presenta en dos sentidos: una de forma negativa o externa, relacionando las características tangibles o intangibles que le son atribuidas para apartarla de un orden social local; y otra interna, donde las construcciones externas alrededor del virus, son interiorizadas a partir del diagnóstico.

En el caso de la identificación del estigma y el miedo, todos los informantes la asocian con el posible rechazo y la discriminación, ya sea por el diagnóstico del VIH o por las preferencias sexuales. Además, hacían alusión al estigma como una situación desacreditadora y la vinculaban directamente a una etiqueta negativa (Infante *et al.*, 2006); por lo que era común que mantuvieran en secreto su padecimiento. El estigma del VIH también tiene efectos psicológicos negativos como ansiedad, depresión, culpa, pérdida de apoyo social y aislamiento. El VIH generalmente se estigmatiza en función de que se considera incurable y progresiva, así como a una falta de responsabilidad de su condición debido a las actividades de riesgo, además de que se considera que la principal causa es una orientación sexual fuera de lo heteronormativo y por último, porque la condición física de las personas en las etapas más avanzadas del síndrome, afecta de manera adversa la interacción social.

De esta manera, su asociación con estigmas pre-existentes puede verse cuando se atribuye la epidemia exclusivamente a grupos como los homosexuales, usuarios/as de drogas y minorías étnicas. Estos grupos poseen estigmas que preceden al VIH al desviarse de alguna norma social. El estigma relacionado al VIH se inserta en dicha combinación y empeora la situación de dichos grupos. Añádase a esto que la actividad sexual, fenómeno estigmatizado en muchas sociedades, es una de las formas que más frecuentemente se asocia al contagio contribuyendo a la estigmatización del VIH (Marzán-Rodríguez y Varas-Díaz, 2006).

Por otra parte, fue importante reconocer el papel que desempeña el personal médico en todo este proceso, ya que al ser la primera instancia donde se proporciona el diagnóstico, es fundamental la forma en cómo provee la información. Así, el planteamiento de que la coexistencia de información médica “científica” con los mitos y creencias vinculados con el VIH/SIDA se manifiestan en prácticas estigmatizadoras y discriminatorias dirigidas a aquellas personas infectadas por el virus y los “sospechosos” de estarlo; y estas prácticas, a su vez, influyen en dicha coexistencia. En tales casos, el efecto negativo del estigma y la discriminación asociada al VIH se refleja en los obstáculos para la utilización de servicios de salud, para el acceso a tratamientos de enfermedades oportunistas y terapéuticas antirretrovirales, así como para el acceso a información para la prevención (Infante *et al.*, 2006).

En este orden de ideas, Herrera *et al.* (2008) especifican que el trato en los servicios dependerán de dos factores, por una parte de la experiencia, la formación especializada y el tiempo que el personal médico hayan tratado a personas que viven con VIH, y por otro, de la antigüedad del paciente en el servicio, si se muestra exigente o sumiso, así como de su condición étnica, de clase, género u orientación sexual, ya que como anuncian Kleinman y Benson (2004), debe existir una relación de compromiso médico – paciente y ligarse a los sentidos morales de la enfermedad, en el marco de la relación que les une, asimismo identificamos, como señala Malagón (1999), las dificultades que las personas que viven con VIH deben atravesar puesto que requieren de la asistencia en salud, por lo que deben conocer y participar del mundo simbólico de la institución; reconocer los ambientes, la organización, la estructura de poder, los comportamientos, así como saberse dirigirse al médico e intentar hacerse entender de la mejor manera, para que así el médico tenga una imagen aproximada de lo que lo aqueja, sin embargo, también se reconoce que una mala atención puede producir temores, zozobras, estigmatizaciones y autoaislamientos.

Esta multiplicidad de factores, pueden alterar la forma de tratar, recibir, atender y dar seguimiento a los pacientes seropositivos, pues, por ejemplo, en el caso de Adolfo, la noticia causó conmoción, miedo y desasosiego, razón por la cual dejó por completo de asistir al médico por un periodo de 10 años. Asimismo, algunos otros reconocieron (Felipe y Benjamín) a los médicos como las primeras figuras causantes de la estigmatización y el rechazo; estas acciones como lo especifican Kang *et al.* (2005), limitan la posibilidad de crear estrategias de seguimiento en los tratamientos implementados por los profesionales en los servicios de salud.

Por último, es importante resaltar que, para algunos, la presencia del estigma y el rechazo la generó por primera instancia el médico que en su momento dio la noticia sobre el diagnóstico (Benjamín y Felipe). Esto es de llamar la atención pues recordemos un diagnóstico de esta naturaleza, afecta las vidas de las personas, por lo que la forma en que se dé a conocer el diagnóstico es de fundamental importancia para el abordaje de su situación de salud en el futuro inmediato (Konstantinidis y Cabello, 2008). Por tanto, si existe una deficiente información, displicencia, indiferencia o poco tacto para dar la noticia, es probable que se generen sentimientos de rechazo, enojo y desconcierto. Estudios como el de Konstantinidis y Cabello (2008), han demostrado que cuando las personas se encuentran internadas (debido a otras enfermedades) y se les da el diagnóstico positivo, se interrumpe la fase prediagnóstica de la enfermedad, por lo que es posible que presenten dificultades de adaptación y adherencia al nuevo agente infeccioso, por tanto, debe haber mayor sensibilidad por parte de los médicos para poder acercarse a este tipo de realidades. En este sentido, Saucedo *et al.* (2018) señalaron que es importante que los profesionales de la salud reciban una formación profesional en torno a tres ejes relacionadas con el VIH: 1) respecto a la infección del VIH y SIDA; 2) respecto a las políticas públicas en salud y 3) en derechos humanos. Estos tres ejes se presentan como fundamentales para proporcionar una atención a la salud adecuada. También indicaron que el

ideal de atención se basa en que cada miembro del equipo de salud debe autoconocerse, lo que implica la reflexión de sus valores, creencias y cultura, con el fin de que éstos no interfieran negativamente en la realización de sus acciones de atención primaria a la salud.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como ya hemos comentado el VIH nació como un elemento distintivo, propio de un sector, exclusivo y reservado, sin embargo, este mismo carácter permitió encasillarlo como el ingrediente perfecto de un grupo tóxico, nocivo, estigmatizante y segregado. Ahora bien, esto ha derivado en dos tipos de anonimato: en el individual y el colectivo, en el primero, donde el sujeto, conociéndose en situación de riesgo, se rehúsa a hacerse la prueba para conocer su diagnóstico, y en el otro, sabiendo su seropositividad, prefiere mantenerla en secreto. Consideramos importante abordar estos conceptos por la forma en cómo se ha identificado el virus a lo largo de los años. Si bien el VIH se ha construido sobre conceptos perniciosos constituidos principalmente por estigmas públicos, su origen como una infección ocasionada por prácticas sexuales socialmente censurables, le ha permitido modificar todas las esferas sociales, fortaleciendo así, las percepciones negativas. Así, el virus se construye sobre percepciones inconclusas y regularmente desconocidas sobre la forma en cómo se adquiere, se reproduce o se desarrolla en la vida cotidiana, por lo que los temores comunes al SIDA, generan que se identifique como algo capaz de diezmar a cualquier sociedad.

Aunado a lo anterior, debemos considerar que la población en su conjunto juega un papel importante en el proceso de conocimiento, asimilación, rechazo, aceptación o resignación de saberse seropositivo y aunque se han hecho esfuerzos considerables para disminuir estas percepciones, se continúa construyendo al seropositivo como un grupo de riesgo, potencialmente dañino, lo que se traduce en mantener en el anonimato el diagnóstico positivo durante el mayor tiempo que sea posible pues, como especifica Lizarraga (2003), hablar de “grupos de alto riesgo” es vestir con nuevas prendas a la estigmatización.

Así el VIH se convirtió en un virus “infeccioso” y “pandémico” que puede invadirlo todo, incluso a los que no portan el estigma de las conductas asociadas a los contagiados (Izazola *et al.*, 1999; Magis *et al.*, 2000 y Lizarraga, 2003), ya que los grupos sociales con mayores grados de vulnerabilidad correspondían a aquellos que eran estigmatizados y cuyos derechos eran los menos respetados antes de la aparición del SIDA (Leyva y Caballero, 2009).

En un principio, las personas con VIH eran consideradas como un colectivo marginado, debido a ello, retrasaban su ingreso al tratamiento antirretroviral, por lo que frecuentemente eran diagnosticados presentándose en un proceso de desgaste avanzado o con alguna enfermedad oportunista que disminuía las posibilidades de sobrevivencia. Actualmente y gracias a la Guía de Manejo de Antirretrovirales de Personas que viven con VIH (2019), esto se ha modificado y cada vez es más frecuente un diagnóstico oportuno.

Nuestra realidad es corpórea (Laing, 1989) y subjetiva (Laing, 1982), cada uno de nosotros construye simbólicamente el cuerpo que tiene (Le Breton, 1995) y la conciencia de ser y vivir, es la conciencia y la experiencia que se tiene del cuerpo propio, es el medio que tenemos para “poseer un mundo” (Merleau - Ponty, 2000), ya que ninguna experiencia, por banal, frívola o intrascendente que parezca, es un hecho objetivo (Laing, 1982). Estudiar, o más bien dicho, describir una enfermedad fuera de la realidad de la persona que lo padece, aportará información relevante en muchos sentidos, pero dejará fuera el más importante, la realidad de la existencia de las personas enfermas.

REFERENCIAS

- Aggleton, P., Parker R. & Maluwa, M., (2003) Stigma, Discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean, Inter-American Development Bank, *Sustainable Development Department Technical Papers Series*, pp 1 -20.
- Aguado, C. (2004) *Cuerpo Humano e Imagen Corporal. Notas para una Antropología de la Corporeidad*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM
- Aisenson, A. (1981) *Cuerpo y persona, filosofía y psicología del cuerpo vivido*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Álvarez, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C., & Correa, D. (2003) “Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios” en: *Colombia Médica*, 34(4), pp.186-195.
- Asociación Vía Libre/ Comité Institucional de Bioética: Normas para la redacción del Consentimiento Informado recomendadas por CIOMS. (2016) Publicación científica No 563, CIOMS. (<http://www.vialibre.org.pe/CIB-NorCons%20Infor.pdf>) 06-15-17
- Banks, M. (2010), *Los datos visuales en investigación cualitativa*. Ediciones Morata, España.
- Barbieri, A. L., Machado, A. A., & De Castro Figueiredo, M. A. (2005). Differential study of the beliefs concerning home care and death among relatives caring for patients with HIV/aids and cancer. *Psicologia, saúde e doenças*, 6(2), 157-163.
- Barragán, A. (2007) El cuerpo vivido: entre la explicación y la comprensión, *Estudios de Antropología Biológica*, XIII, México, 693 –710
- Barreda-Velít, C., & Salcedo-Pereda, R. (2017). Estigma relacionado a VIH/SIDA y no adherencia al tratamiento antirretroviral. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 347-348.
- Baruch R. (2014) La epidemia del VIH entre hombres que tienen sexo con otros hombres en México: el caso del bareback. México, DF: *Espolea AC*.
- Bassett, S. M., Schuette, S. A., O'Dwyer, L. C., & Moskowitz, J. T. (2019). Positive affect and medication adherence in chronic conditions: A systematic review. *Health Psychology*, 38(11), 960–974. <https://doi.org/10.1037/hea0000778>
- Bauman, Zygmunt (2001). *La sociedad individualizada*. Colección teoremas, Cátedra, Madrid.
- Bayón, C., & Mier y Terán Rocha, M. M. (2010) *Familia y vulnerabilidad en México. Realidades y percepciones*. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México,
- Bello Pérez, M, Cruz, O. I. G., & Toledo, T. (2006) “El VIH/SIDA: una dolencia marcada por el estigma y la discriminación” en: *Medicentro electrónica*, Supl 1, pp.1-3 en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/articulo/viewFile/800/812>, última visita, 2 de junio 2016.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1999), *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Bericat, E. (2000) “La sociología de la emoción y la emoción en la sociología” en: *Papers: revista de sociología*, (62), pp. 145-176.
- Bleda, J. M. (2005). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *Barataria: revista castellano-manchega de ciencias sociales*, (7), 149-164.
- Busso, G. (2001) Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. documento presentado en el Seminario Internacional “Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe” (Santiago de Chile, 20 y 21 de junio), inédito.
- Butler, J. (2006) *Deshacer el Género*. Paidós, Barcelona.
- Campillay, M. y Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, 47.
- Carmo, J., Andrés-Pueyo, A. & López, E. (2005). La evolución del concepto de tabaquismo. *Cad. Saúde Pública*, vol.21, n.4, pp.999- 1005.
- Carrobes, J.A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y estrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Castro, A. y P. Farmer “El sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima” *Cuadernos de Antropología Social*, num, 17, 2003, pp.29-47.
- Castro, R., Eroza, E., Orozco, E., Manca, M.C.& Hernández, J. (1997). Estrategias de manejo en torno al VIH/ SIDA a nivel familiar. *Salud pública Méx* [online]. vol.39, n.1 [cited 2020-01-29], pp. 32-43. Available from: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000100006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0036-3634. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341997000100006>.
- Ceballos, A., Arias, A. E., & Villamizar, M. P. J. (2014). Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta–Colombia. *RFS Revista Facultad de Salud*, 6(1), 27-33.
- Cervio, A. L. (2012) “A modo de presentación: Una sociología por y desde las tramas del sentir” en: *Las tramas del sentir. Ensayos desde una sociología de los cuerpos y las emociones*. Ana Lucía Cervio (Compiladora), Estudios Sociológicos Editora, Argentina, pp. 9- 18.
- Chambers, R. (1989) “Vulnerability: How Do the Poor Cope”, *IDS Bulletin* 20(2),
- Chincha, O., Samalvides, F., Bernabé-Ortiz, A., Kruger, H., & Gotuzo, E. (2008). Asociación entre el consumo de alcohol y la infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Revista chilena de infectología*, 25(1), 49-53.
- Colfax, G., Buchbinder, S., Cornelisse, P., Vittingoff, E.,

- Mayer, K. y Celum, C. (2002), Sexual risk behaviors and implications for secondary transmission during and after hiv seroconversion. *Acquired Immune Deficiency Syndrome*; 16, 1529-1535.
- Collignon-Goribar, M.M. (2009) Construcción social de la sexualidad y el SIDA en el México contemporáneo. En *Renglones, revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*, núm.60. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2000): http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/CRPD_2015/Documentos_Relacionados/FBP5/files/assets/basic-html/page75.html
- Coogan M, Greenspan J, Challacombe S. (2005) Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull WHO*; 83: 700-6.
- Chorley-Sánchez, J., & Nájera-Ortiz, J. C. (2019). Lesiones en cavidad oral en pacientes con VIH en un estado del sur de México. *Odontología sanmarquina*, 22(1), 13-18.
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona: Destino.
- Deigh, J. (2010). Concepts of Emotion in Modern Philosophy and Psychology. *The Oxford Handbook of Philosophy of Emotion*. Ed. Peter Goldie. New York: Oxford University Press, 17-40.
- Delgadillo Martínez, R. (2007) Análisis Procesual del Impacto del VIH/SIDA y su Representación en Personas Seropositivas, *Psicología Iberoamericana*; Vol. 15, No. 2, pp. 30-37, en: <http://www.uia.mx/web/files/publicaciones/ripsic/ripsic15-2.pdf#page=31>
- Dolengevich-Segal, H., Rodríguez-Salgado, B., Ballesteros-López, J., & Molina-Prado, R. (2017). Chemsex. Un fenómeno emergente. *adicciones*, 29(3), 207-209.
- Flick, U. (2004), *Introducción a la investigación cualitativa*, España, Ediciones Morata.
- Flores Palacios, F., Almanza, M., & Gómez, A. (2008) Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social, *Psicología Iberoamericana*; (Julio-Diciembre) Vol. 16, No. 2, pp.6-13. En: <http://www.uia.mx/web/files/publicaciones/ripsic/ripsic16-2.pdf#page=7>
- Flores-Sarazúa, E., Borda-Más, M., & Pérez-San Gregorio, M. Á. (2006) Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 285-300.
- Folch, C., Casabona, J., Muñoz, R., & Zaragoza, K. (2005) Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales. *Gaceta Sanitaria*, 19(4), 294-301.
- Fuster, D., Torrens, M., Tor, J., & Muga, R. (2009). Paciente con abuso de alcohol, infección por el VIH y hepatitis crónica C. *Trastornos Adictivos*, 11(3), 173-179.
- Glaser, B.G. y Strauss, A.L. (1967), *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Aldine, New York.
- Geertz, C. (1992), *La interpretación de las culturas*, Gedisa, España.
- Goffman, E. (1970) *Estigma: la identidad deteriorada*, Buenos Aires: Amorrortu.
- González Llona, I., Tumuluru, S., González-Torres, M. Á., & Gaviria, M. (2015) Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 555-571.
- Gordillo F., Mestas, L., y Pérez, M.A. (2018). El efecto Kuleshov: la integración del contexto y la expresión facial en la percepción de las emociones. *Elementos* 109, 35-40.
- Granados – Cosme, J. & Torres, C. (2014) Prevalencia de *bareback* en una red social virtual dirigida a varones homosexuales de la Ciudad de México, *Salud Problema, Segunda época / año 8 / núm. 15 / enero-junio*
- Granados – Cosme, J. (2014). Normalización y normatividad de la homosexualidad: Una definición desde el esclarecimiento de las funciones sociales de la medicina. *Salud Problema*, UAM – X, (8), (16), 88 -102.
- Granados – Cosme, José Arturo (2015). Disidencia sexual y derecho a la salud. México diverso entre avances y retrocesos. *Salud Problema*, UAM – X, (9), (17), 66 -78.
- Grimberg, Mabel, (2003), Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con vih”, en: *Cuadernos de antropología social*; N17, FFyL – UBA, PP, 77- 99.
- Guerrero-Castañeda, R., de Oliva-Menezes, T., do Prado, M. (2019). La fenomenología en investigación de enfermería: reflexión en la hermenéutica de Heidegger. *Esc Anna Nery* 2019;23(4), 1-7.
- Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH / SIDA en consulta externa y hospitales*. (2000) CONASIDA, IMSS, ISSSTE, INI, DIF, SSA.
- Hamui Sutton, Liz, (2011), “Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social.” en: *Cuicuilco* 18.52, INAH – SEP, México, 51-70pp.
- Heller, Agnes (1998) *Sociología de la vida cotidiana*, península, España.
- Herrera, C. y Campero, L. (2002), La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*; 44(6):554–564.
- Herrera, Cristina, Campero, Lourdes, Caballero, Marta, & Kendall, Tamil (2008) Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Revista de Salud Pública*, 42(2), pp 249-255
- Hersch Martínez, Paul (2013) “Entidades nosológicas y epidemiología sociocultural: algunas pautas para una agenda de investigación” en: *Dimensión Antropológica*, Año 20, Vol. 57, pp.119 – 137.
- Hipólito, R., de Oliveira, D., da Costa, T., Correa, S., Ramos, E. y Tosoli, A. (2017). Calidad de vida de personas convivido con VIH/SIDA: relación temporal, sociodemográfica y perceptiva de la salud. *Revista Latinoamericana Enfermagen* 25, e2874, 1-10.
- Hocquenghem, G. (2009) El deseo homosexual. Melusina, España.
- Hutton, H. E., McCaul, M. E., Santora, P. B., & Erbeling, E. J. (2008) The relationship between recent alcohol use and sexual behaviors: gender differences among sexually transmitted disease clinic patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(11) 2008 – 2015pp.
- Infante César, Zarco Ángel, Cuadra Silvia Magali, Morrison Ken, Caballero Marta, Bronfman Mario (2006) El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de

- servicios de salud en México. *Salud pública*, México; 48 (2): 141-150pp. Última visita: julio 2019, en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342006000200007&lng=es
- Irwin T W, Morgenstern J, Parsons J T, Wainberg M, Labouvie E. (2006) Alcohol and sexual HIV risk behavior among problem drinking men who have sex with men: An event level analysis of timeline follow back data. *AIDS Behav*; 10: 299-307.
- James, W. (1884). What is an Emotion? *Mind*, 9, 188–205.
- Jericó, C., Knobel, H., Sorli, M. L., Montero, M., Guelar, A., & Pedro-Botet, J. (2006). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con infección por el VIH. *Revista clínica española*, 206(11), 556-559.
- Kang E, Rapkin Bd, Remien Rh, Mellins Ca, Oh A. (2005) Multiple dimensions of HIV stigma and psychological distress among Asians and Pacific Islanders living with HIV illness. *AIDS & Behavior*, 9(2):145–154.
- Kaztman, Rubén (2000). Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. BID-Banco Mundial-CEPAL-IDEA, 5, 275-301.
- Kübler – Ross, Elisabeth (1997) *AIDS: The Ultimate Challenge*, Touchstone Editors, United Kingdom.
- Konfino, J., & Mejía, R. (2011) ¿Por qué se debe tratar el tabaquismo en las personas que viven con VIH/SIDA? Revisión de la bibliografía, actualizaciones en SIDA, Buenos Aires, junio, volumen 19 . número 72:46-51
- Konstantinidis Amanatios Y Martha Leticia Cabello Garza (2008). La notificación del diagnóstico y las primeras reacciones de personas infectadas por el virus del VIH. Un estudio cualitativo realizado en el área metropolitana de Monterrey, NL. En: *Revista Perspectiva social*, primavera, vol. 10 número 1, pag 87 – 112.
- Kübler – Ross, Elisabeth (1997). *AIDS: The Ultimate Challenge*, Touchstone Editors, United Kingdom.
- Kresina, T. F., Flexner, C. W., Sinclair, J., Correia, M. A., Stapleton, J. T., Adeniyi- Jones, S, & Cheever, L. W. (2002) Alcohol use and HIV pharmacotherapy. *AIDS research and human retroviruses*, 18(11), 757-770.
- Laín Entralgo, Pedro (1989) “*La experiencia del cuerpo propio*” en: *El cuerpo humano. Teoría Actual*, Espasa – Universidad, España, pp. 115 – 180.
- Laing, Ronald D. (1982) *La voz de la experiencia*, Crítica – Grijalbo, Barcelona
- Lara y Mateos, Rosa María (1999) *Una aproximación a la vida estigmatizada de las personas que viven con VIH/SIDA en el puerto de Veracruz*, Tesis de maestría en antropología social, ENAH, México.
- Lara Y Mateos, Rosa María (2003). *Padecimiento y estilo de vida estigmatizados: el caso de algunos hombres que tienen sexo con hombres (HSH), seropositivos de escasos recursos del puerto de Veracruz*, Tesis de doctorado en antropología social, ENAH, México.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, vol. 2, no 1, p. 7-25.
- Le Breton, David (1991) “Cuerpo y Antropología, sobre la eficacia simbólica”, en: *Diógenes*, num.153, UNAM, México, pp 87 – 98.
- Le Breton, David (1995) *Antropología del cuerpo y modernidad*, Nueva Visión, Argentina.
- León Parra, Beatriz (2010) “La alcoholización como proceso biosociocultural en comunidades mazahuas del Estado de México” *Tesis de doctorado en Antropología Física*, México, INAH-SEP.
- Levinas, Emmanuel (2005) *Dios, la muerte y el tiempo, colección teoremas*, Ediciones Cátedra, Madrid.
- Liscano Pinzón, Y. D. L., y Montoya, J. H. E. (2015). Exploración y análisis a los determinantes sociales estructurales e intermedios de la pandemia del VIH-SIDA. *Acta Odontológica Colombiana*, 5(1), 117-131.
- Lizarraga, Xabier, (2003) Una historia sociocultural de la homosexualidad. *Notas sobre un devenir silenciado*, México: Paidós.
- López, A. O., Escudero, J. C. Y Moreno, L. D. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, *ALAMES. Medicina Social*, 3(4), 323-335.
- López Cisneros, Manuel Antonio; Castillo Arcos, Luvia del Carmen; Morales Vinagre, Reyna Guadalupe; Telumbre Terrero, Juan Yovani; López García, Karla Selene; Armendáriz García, Nora Angélica (2017) Consumo de alcohol y tabaco en jóvenes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana. Referencia; IV(12). Disponible en <<http://www.index-f.com/referencia/2017/412027.php>> Consultado 12 octubre 2019
- Lowinger, M., Mirazo, I., & Savio, E. (1996). Prevalencia de lesiones preneoplásicas y condiloma de cuello uterino en una muestra de pacientes VIH positivas del Uruguay. *Rev Med Uruguay*, 12, 135-138.
- Lozano, Ignacio (2009) El significado de homosexualidad en jóvenes de la Ciudad de México. Enseñanza e investigación en Psicología, 14(1), 153-168.
- Magis-Rodríguez, Carlos y Del Río Chiriboga, Carlos (2000) “Epidemiología del VIH y del SIDA en México” en: Samuel Ponce de León y Sigfrido Rangel Frausto (coords.), *SIDA aspectos clínicos y terapéuticos*, Mc Graw – Hill, Interamericana, México, pp 1 – 10.
- Miaja ÁM, Moral RJ. Ansiedad ante la muerte y afrontamiento en personas viviendo con VIH/SIDA y población general. *Rev Mex Invest Psic*. 2014;6(1):26-42.
- Marchena Rodríguez, L., Fernández Ortega, C. M., & García García, B. (2015). Manifestaciones orales en los pacientes con VIH SIDA. *REDOE*, 3, 1-5.
- Martínez, Ramírez Florencia Adriana, Martha Villaseñor Farías, Alfredo Celis de la Rosa (2001) El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares. *Rev Med IMSS* 40.1, pp 35-41.
- Marzán Rodríguez, M., & Varas Díaz, N. (2001) Las dificultades de sentir: el rol de las emociones en la estigmatización del VIH/SIDA. *In Forum, qualitative social research/ Forum, Qualitative Sozialforschung* (Vol.7, No.4), NIH Public Access, pp1 – 17.
- Mehta, R., Loredó, B., Sañudo, M., Hernández Jiménez, S., Rodríguez Carranza, S. I., Gómez Pérez, F. J. & Aguilar Salinas, C.A. (2004) Epidemiología de las anomalías metabólicas en pacientes con infección por VIH. *Revista de investigación clínica*, 56(2), 209-221.

- Merleau Ponty, Maurice (2000) *Fenomenología de la percepción*, Península, Madrid
- Moore RD, Keruly JC, Chaisson RE. (2004) Differences in HIV disease progression by injecting drug use in HIV-infected persons in care. *J Acquir Immune Defic Syndr*;35:46-51.
- Mora-Rojas, R. B., Alzate-Posada, M. L., & Rubiano-Mesa, Y. L. (2017). Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia: brechas y realidades. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(33), 19-34.
- Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., Y Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de salud pública*, 15, 810-813.
- Muñoz-Martínez, R. (2014). Cultura organizacional de cuidados médicos, violencia institucional y desadherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH-Sida en Los Altos de Chiapas. *LiminaR*, 12(2), 46-66.
- Nájera Morrondo, R. N. (2016). VIH/SIDA: alcohol y otras drogas. *Revista española de drogodependencias*, (número 4), pág. 5-18.
- Nevedal, A., Neufeld, S., Luborsky, M, Sankar, A. (2017). Older and Younger African Americans' Story Schemas and Experiences of Living with HIV/AIDS. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 32(2), 171-189.
- Núñez Noriega, G. (2011). Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al VIH-Sida: una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología. *Desacatos*, (35), 13-28.
- Oliva Linares, José E; Celia Bosch Salgado; Rosario Carballo Martínez, y José E Fernández-Britto Rodríguez, (2001), El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos. *Rev Cubana Invest Bioméd*, vol.20, n.2, pp. 150-158
- ONUSIDA (2020) *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida*. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet> Consultado el 3 de abril 2019.
- Ornish, Dean. (1999) *Dean Love and survival*, Vermilion, United Kingdom.
- Orozco-Núñez E, Alcalde-Rabanal Je, Ruiz-Larios Ja, Sucilla-Pérez H, García-Cerde R. (2015). Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México. *Salud Pública Mex*; 57 supl 2:S190-S196.
- Pastrana Morales, Edna Yoly (2020) *Jóvenes con VIH/sida: sus recursos para afrontar el riesgo suicida*. Fondo Editorial-Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.
- Paudel, Vikas; Baral, Kedar P. (2015) Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature. *Reproductive health*, vol. 12, no 1, p. 1-9.
- Peña García, Y., Andrafrán Silva, L., Sartorio Zayas, I., Suárez Padilla, D., & Lozada Pérez, A. (2017). La carga del tabaquismo en el proceso salud-enfermedad en personas con el virus de inmunodeficiencia humana y el sida. *Revista Finlay*, 7(3), 179-186.
- Pernas, A., Castillo, I. I., Bermejo, P., Basabe, N., Carou, M., Paez, D., & Cabarcos, A. (2001). Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. Diferencias entre toxicómanos y no toxicómanos. *Adicciones*, 13(4), 393-398.
- Radusky, P. D., Zalazar, V., & Aristegui, I. (2022). "Crecimiento postraumático en hombres gays con VIH en Buenos Aires, Argentina" en: *Psicología y Salud*, vol. 32 num, pp. 93-104.
- Yamila Ramos Rangel, Ana Esther Cabrera Pérez, Belkis González Aguiar (2016). Estados emocionales negativos y variables clínicas en personas con virus de inmunodeficiencia humana/sida. *Medisur* vol.14 no.6,
- Reis, R. K., & Gir, E. (2010). Living with the difference: the impact of serodiscordance on the affective and sexual life of HIV/AIDS patients. *Rev Esc Enferm USP*, 44(3), 759 a 765.
- Rivera, M., Varas, N., Doralis, C., Padilla, M., Rojas, M., Serrano, N. (2015). Ellos de la calle, nosotras de la casa: El discurso patriarcal y las experiencias de mujeres que viven con el VIH/SIDA en Puerto Rico. *Cuadernos de trabajo social*, 28(1), 83-92.
- Robles Bernardo 2011(A) La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*; 18(52):39-49.
- Robles Bernardo 2011(B) "La experiencia en el campo: algunas reflexiones" : Barragán Solís, Anabella y Lauro González Quintero (Coord.) *La complejidad de la Antropología Física*, INAH, ENAH, México.
- Roth, E. (1990) "Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual" en: *Revista latinoamericana de Psicología*, 22(1), pp. 27-50.
- Sáez Javier y Sejo Carrascosa (2011) *Por el culo. Políticas anales*, Editorial Egales, Madrid/Barcelona.
- Sánchez Maldonado Miguel, José Luis Terrón Blanco, and José Carlos Lozano Rendón. (2016) "Estigmatización y usos léxicos en el tratamiento informativo del VIH/SIDA en cinco diarios mexicanos de 2012 a 2013." *Comunicación y Sociedad*, Nueva época, núm. 25, pp.71-100.
- Santiesteban – Díaz, Y. M., Orlando-Narváez, S. A., & Ballester-Arnal, R. (2019). Conductas de riesgo hacia la infección por VIH. Una revisión de tendencias emergentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 1417-1426.
- Saucedo Pahua, G., Huerta Baltazar, M. I., Alcántar Zavala, M. L., Ruiz Recéndiz, M. de J., Jiménez Arroyo, V., & Avila Cazarez, L. (2018). Estigmatización a personas con VIH-SIDA en la atención primaria como barrera de apego al tratamiento. *RESPYN Revista Salud Pública Y Nutrición*, 17(3), 26–33. <https://doi.org/10.29105/respyn17.3-4>
- Schutz Alfred, (1995), *La construcción significativa del mundo social*, Paidós, Barcelona.
- Schwartzmann, Laura (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. enferm.* [online], vol.9, n.2, pp. 09-21. En: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
- SHERNOFF, M. (2006). "Condomless sex: gay men, barebacking, and harm reduction". *Journal of Social Work*; 51(2):106-113.
- Sontag Susan (1996) *La enfermedad y sus metáforas y El Sida y sus metáforas*, Editorial Taurus, Madrid, 176 pp.

- Steele CM, Josephs RA. (1990) Alcohol myopia. Its prized and dangerous effects. *Am Psychol*; 45(8):921-933.
- Taylor S. & R. Bogdan, (1996) "La entrevista en profundidad", en: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Paidós, México, pp.100 – 120.
- Tobón, B. Á., & García Peña, J. J. (2019). Perfil emocional de las personas con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 1024-1046.
- Torres Cruz, C. (2019). Biomedicina, vulnerabilidad, género y cuerpo en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes en la Ciudad de México. *Debate Feminista*, 57.
- Urzúa Morales, Alfonso; Patricia Zúñiga, Barreda, (2008) Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. *Revista de Saúde Pública*, vol. 24, p. 822-829,
- Valencia, J., Gutiérrez, J., Troya, J., González-Baeza, A., Dolengevich, H., Cuevas, G., & Ryan, P. (2018) Consumo de drogas recreativas y sexualizadas en varones seronegativos: datos desde un *screening* comunitario de VIH, *Revista Multidisciplinar Del Sida*, Vol. 6. Núm.13.
- Vallecillo Sánchez, Gabriel (2015) Atención clínica integral y pronóstico de pacientes con abuso de drogas e infección por el VIH, *Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona*. Departament de Medicina.
- Vargas Melgarejo, Luz María (1994) Sobre el concepto de percepción, en: *Alteridades*, Año 4, vol.8, México, pp. 47– 53.
- Vargas, J. E., Cervantes, M. y Aguilar, J. E. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19(2), 215-221.
- Varguillas, Carmen Siavil y Silvia Ribot de Flores, (2007), Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad en: *Laurus*, UniverSidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas, Venezuela, año/vol 13, núm. 023, pp. 249- 262.
- Velásquez Vélez, Sergio; Bedoya Serna, Beatriz, (2011) Los jóvenes: población vulnerable del VIH/SIDA. *Medicina UPB*, vol. 29, no 2, p. 144-154.
- Vilató Frómata, Liudmila, Martín Alfonso, Libertad, & Pérez Nariño, Iliana. (2015) "Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/SIDA" en: *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4) Recuperado en 20 de junio de 2016: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400005&lng=es&tlng=es.
- Zafra-Tanaka, J. H., & Ticona-Chavez, E. (2016). Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 625-632.
- Zapata-Garibay, R., González-Fagoaga, J. E., & Rangel-Gómez, M. G. (2014). Mortalidad por VIH/SIDA en la frontera norte de México: niveles y tendencias recientes. *Papeles de población*, 20(79), 39-71.

Modelos de estrés laboral: funcionamiento e implicaciones para el bienestar psicosocial en las organizaciones

Work stress models: functioning and implications for psychosocial well-being in organizations

EMMANUEL MARTÍNEZ-MEJÍA

RESUMEN: El objetivo de este artículo es hacer una revisión retrospectiva, orientativa y sintética de modelos que han explicado el estrés laboral de manera efectiva, sus características, funcionamiento y las implicaciones hacia el bienestar psicosocial en las organizaciones. Los criterios de selección consideraron: a) la consistencia en su planteamiento conceptual; b) el cuerpo de conocimiento generado por investigación y sustento empírico; y c) el desarrollo de aplicaciones prácticas de intervención organizacional. Como resultado, se identificaron seis modelos teóricos: 1) Transaccional y de Afrontamiento ante el Estrés; 2) Ajuste Persona-Ambiente; 3) Conservación de Recursos; 4) Recursos-Control-Apoyo; 5) Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa y 6) Demandas-Recursos. Entre las conclusiones, se identifica que el desarrollo de recursos individuales, sociales y organizacionales, como la promoción de apoyo social en el trabajo son elementos centrales. Contar con un panorama accesible y selectivo de modelos sólidos sobre el estrés laboral permitirá a los profesionales contar con el fundamento teórico para generar políticas organizacionales, desarrollar prácticas de gestión de recursos humanos y proyectos de intervención que contribuyan hacia una cultura organizacional saludable.

Palabras clave: estrés laboral, recursos laborales, apoyo social, bienestar psicosocial, organizaciones saludables.

ABSTRACT: The aim of this article is to make a retrospective, indicative and synthetic review of models that have explained work stress effectively, its characteristics, functioning, and the implications for psychosocial well-being in organizations. The selection criteria considered: a) conceptual approach consistency; b) generated body of knowledge by research and empirical support; and c) development of practical applications in organizational intervention. As a result, six theoretical models were identified: 1) Transactional Stress and Coping; 2) Person-Environment Adjustment; 3) Conservation of Resources; 4) Resources-Control-Support; 5) Effort-Reward Imbalance; and 6) Demands-Resources. Among the conclusions, it is identified that the development of individual, social and organizational resources, such as the promotion of social support at work, are central elements. Having an accessible and selective overview of solid models on work stress will allow professionals to have the theoretical framework to generate organizational policies, develop human resource management practices and intervention projects that contribute to a healthy organizational culture.

Keywords: work stress, work resources, social support, psychosocial well-being, healthy organizations.

Desde la ciencia, los modelos han servido como instrumentos parciales para comprender un objeto de estudio y su funcionamiento, así como para expresar ideas abstractas (Giere, 1999). También, los modelos científicos pueden desempeñar un papel de mediadores o puentes que hacen conexiones entre las teorías y el fenómeno (Koponen, 2007; Morrison y Morgan, 1999; Rotbain et al., 2006). Gilbert (2004) por su parte, sugiere que un modelo se refiere a un sistema de objetos o símbolos que representan algún aspecto de otro sistema. De manera general, Bunge (2000) indica dos funciones del conocimiento científico, incluyendo sus modelos: explicar y predecir. De tal forma que, la revisión de modelos que han abordado el estrés laboral y el bienestar psicosocial es fundamental para aproximarse a las diversas explicaciones sobre su representación, funcionamiento, sus implicaciones y aplicaciones en las organizaciones.

El estrés es un concepto que ha evolucionado desde sus primeras aproximaciones (Selye, 1936) hasta su desarrollo en enfoques inter y multidisciplinarios (Lu et al., 2021). Desde el ámbito de la salud, el estrés ha hecho referencia a la respuesta integral de los organismos a cualquier solicitud de cambio (Selye, 1976). En una conceptualización más actual, el estrés se aborda como un estado de homeostasis que está siendo desafiado (Lu et al., 2021). Es decir, se trata de una respuesta que implica una exigencia de adaptación. Si esta exigencia se prolonga o incrementa y llegan a superar la capacidad de adaptación del organismo, entonces, puede poner en peligro la salud (distrés); pero si el organismo tiene la capacidad de adaptarse, entonces, el organismo es capaz de responder ante una nueva situación estresante (eustrés) (Lu et al., 2021; Selye, 1976).

El interés por el estrés aplicado al contexto del trabajo, o estrés laboral, se hizo más evidente a partir de la segunda mitad del siglo XX, tanto por los académicos, los responsables de políticas públicas sobre seguridad y salud en el trabajo, así como en las organizaciones. Respecto a su evolución histórica, la OIT (2016) señala que el término de “estrés laboral” se ha nombrado de diferentes maneras, desde estresores, factores estresantes, factores psicosociales, factores psicosociales estresantes, factores de riesgo psicosocial o riesgos psicosociales y, de manera incorrecta, se llegan a utilizar indistintamente; para partir de una definición institucional unificadora, lo define como:

El estrés relacionado con el trabajo está determinado por la organización del trabajo, el diseño del trabajo y las relaciones laborales, y tiene lugar cuando las exigencias del trabajo no se corresponden o exceden de las capacidades, recursos o necesidades del trabajador o cuando el conocimiento y las habilidades de un trabajador o de un grupo para enfrentar dichas exigencias no coinciden con las expectativas de la cultura organizativa de una empresa (p. 2).

En las primeras dos décadas de este siglo XXI, se han realizado diferentes esfuerzos para hacer revisiones de los diferentes modelos que se han propuesto explicar el estrés laboral. Sutherland y Cooper (2002), desde la salud mental en el trabajo, señalan: a) Modelo Centrado en la Persona; b) Modelo

Basado en la Respuesta; c) Modelo Basado en el Estímulo; d) Modelo Interactivo; y e) Modelo de Ajuste Persona-Ambiente. Por su parte, Jex y Britt (2008) distinguen los modelos con mayor impacto en reducción del estrés ocupacional: a) el Modelo del Instituto de Investigación Social; b) Modelo de Fases; c) Demandas-Control; d) Ajuste Persona-Ambiente; y e) Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa.

Bhagat et al. (2012) señalan: a) Estrés de Rol; b) Transaccional del Estrés Laboral; c) Ajuste Persona-Ambiente; d) Demandas-Control; e) Incertidumbre; f) Cibernético; g) Desafíos-Obstáculos; h) Conservación de Recursos; y finalmente un modelo i) Integral propuesto por estos mismos autores. Finalmente, Dewe et al. (2012), con un objetivo histórico, señalan: a) la Teoría Transaccional; b) la Teoría Ajuste Persona-Ambiente; c) la Teoría de Conservación de Recursos; y d) el Modelo de Demandas-Control del diseño del trabajo.

Tomando como referencia las cuatro revisiones antes señaladas, el objetivo de este artículo es hacer una revisión retrospectiva, orientativa y sintética, de los modelos que han aportado explicación y predictibilidad más sólida sobre el estrés aplicado al contexto del trabajo. La selección de los modelos se realizó con base en los siguientes criterios: a) consistencia en su planteamiento conceptual; b) cuerpo de conocimiento generado por investigación; y c) desarrollo de aplicaciones prácticas. Como resultado, se determinaron seis modelos teóricos que se explicarán a continuación: 1) Transaccional y de Afrontamiento ante el Estrés; 2) Ajuste Persona-Ambiente; 3) Conservación de Recursos; 4) Recursos-Control-Apoyo; 5) Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa y 6) Demandas-Recursos.

Transaccional y de Afrontamiento ante el Estrés

La transacción entre las personas y el medio es el enfoque central del modelo. Lazarus y Folkman (1986), como los principales exponentes, definen el estrés psicológico como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (p.43). Las evaluaciones estresantes comprenden daños, amenazas o desafíos. En este sentido, la adaptación psicológica de las personas a nuevas circunstancias puede ser facilitada o impedida dependiendo de factores personales, contextuales y ambientales, así como su interrelación (Lazarus, 1991).

El afrontamiento, como mecanismo, se refiere a “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164). El afrontamiento tiene dos funciones principales: 1) Dirigida al problema o a la tarea y 2) Dirigida a la emoción. En desarrollos posteriores (Folkman y Moskowitz, 2000; Park y Folkman, 1997), se ha propuesto una tercera forma: 3) Dirigida al significado o reinterpretación positiva.

La forma en que se afronte un evento estresante también dependerá de los recursos que disponga y de las limitaciones que tenga la persona para utilizarlos (Figura 1). No sólo se

trata de tener muchos recursos sino tener la habilidad para aplicarlos en contextos y situaciones particulares, como el trabajo. Las categorías de recursos que utilizan Lazarus y Folkman (1986) son: a) Salud, energía, bienestar o recursos físicos; b) Creencias positivas o recursos psicológicos, como la esperanza, la creencias de control, o el compromiso; c) Resolución de problemas, técnicas y habilidades para decidir ante dilemas morales, respuesta ante emergencias; d) Habilidades y apoyo social; e) Recursos materiales, haciendo referencia a saber utilizarlos para obtener otros recursos.

Este modelo, aunque inicialmente se plantea para el afrontamiento del estrés en general, su relevancia radica en que también se ha aplicado a la explicación y gestión del estrés en contextos organizacionales ya que los conceptos de amenaza, oportunidad, afrontamiento y recursos se pueden aplicar a toda clase de ambientes (Brief & George, 2020). Por ejemplo, Lazarus (2020) propone tres estrategias para la gestión del estrés en el contexto del trabajo: 1) Cambiar las condiciones de trabajo que están ocasionando estrés y transformarlas en ambientes facilitadores de recursos para un afrontamiento efectivo; 2) Ayudar a las personas a adaptarse a condiciones que son imposibles de cambiar (o extremadamente difíciles); 3) Identificar las relaciones estresantes entre personas o grupos y trabajar en esas transacciones y dinámicas sociales particulares para que sean adaptativas.

Por otro lado, estos conceptos se han aplicado en otros modelos como el de Conservación de Recursos y Demandas-Recursos. Por tanto, la adaptación psicológica de las personas a diversidad de circunstancias en el trabajo puede ser facilitada

o impedida dependiendo de los recursos personales y los factores contextuales laborales, así como su interrelación.

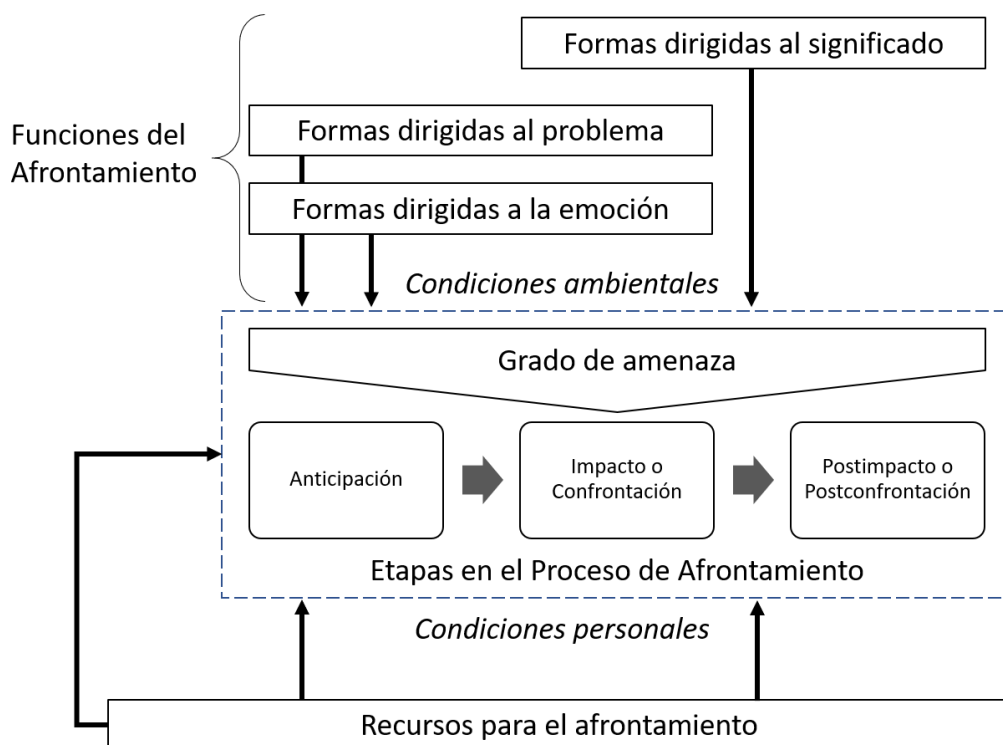
Ajuste Persona-Ambiente

El modelo de Ajuste Persona-Ambiente (AP-A) se refiere a la congruencia, coincidencia o similitud entre la persona y el ambiente (Edwards et al., 1998; Muchinsky y Monahan, 1987; Schneider et al., 1997). La aplicación de este modelo a las organizaciones es que se basa en la idea de que el ajuste de los empleados en el entorno de trabajo es fundamental para el bienestar general (Bayl-Smith y Griffin, 2015).

Este modelo (Figura 2) y su relación con el estrés laboral (French et al., 1982) distingue los factores objetivos de la persona y del ambiente de sus contrapartes subjetivas y enfatiza el ajuste subjetivo entre la persona y las condiciones de trabajo, junto con los mecanismos de afrontamiento y resiliencia, como determinante clave de tensiones psicológicas, fisiológicas y conductuales que pueden desencadenar enfermedades (Bliese et al., 2017).

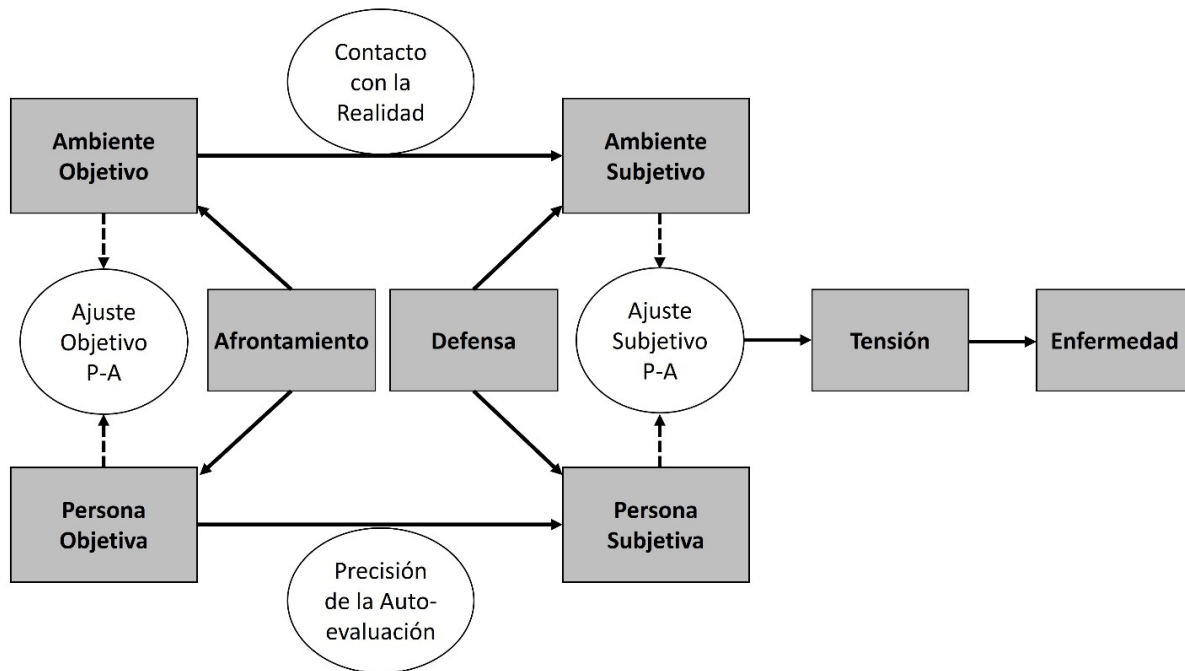
En el contexto del trabajo, la investigación se ha desarrollado a diversos niveles: ajuste persona-trabajo, ajuste persona-grupo, ajuste persona-supervisor y ajuste persona-organización (Kristof-Brown et al., 2005). La evidencia sugiere que un nivel óptimo de ajuste es un factor importante sobre la salud de los trabajadores, la capacidad de trabajo, la calidad de vida, la satisfacción y compromiso laboral, la intención de renuncia o rotación (Cable y Judge, 1996; Hoffman y Woehr, 2006; Verquer et al., 2003).

FIGURA 1. Representación integrada del modelo transaccional de afrontamiento ante el estrés.



Nota: Elaboración propia a partir de Lazarus y Folkman (1986), Park y Folkman (1997) y Folkman y Moskowitz (2000).

FIGURA 2. Modelo de los efectos del estrés psicosocial en el ajuste Persona-Ambiente.



Nota: Adaptado a partir de Harrison (1978), Caplan (1987) y Edwards (2008). Los conceptos dentro de los círculos son discrepancias entre los dos conceptos contiguos. Las líneas continuas indican efectos causales. Las líneas punteadas indican contribuciones a los efectos de interacción.

Finalmente, los estudios sobre la relación entre ajuste y la salud de los empleados indican que la falta de adaptación entre un empleado y su entorno de trabajo resulta en un estrés laboral elevado (Bocchino et al., 2003), depresión y ansiedad (Caplan et al., 1985), síndrome de burnout (Lachterman y Meir, 2004) o disminución de la capacidad para realizar un esfuerzo físico y mental en el trabajo (Merecz y Andysz, 2012).

Conservación de Recursos

El enfoque central de la teoría de Conservación de Recursos (TCOR) es que las personas buscan obtener, retener y proteger los recursos que tienen (Hobfoll, 1989). Los recursos se refieren a "aquellas entidades que son centralmente valoradas por sí mismas o que actúan como medios para obtener fines altamente valorados" (Hobfoll, 2002, p. 307). De tal manera que el estrés ocurre cuando estos recursos se ven amenazados, o cuando las personas no pueden ganar recursos después de haber invertido recursos considerables. Esta teoría se plantea con base en dos premisas principales y cuatro corolarios como consecuencia de la aplicación de las premisas (Figura 3).

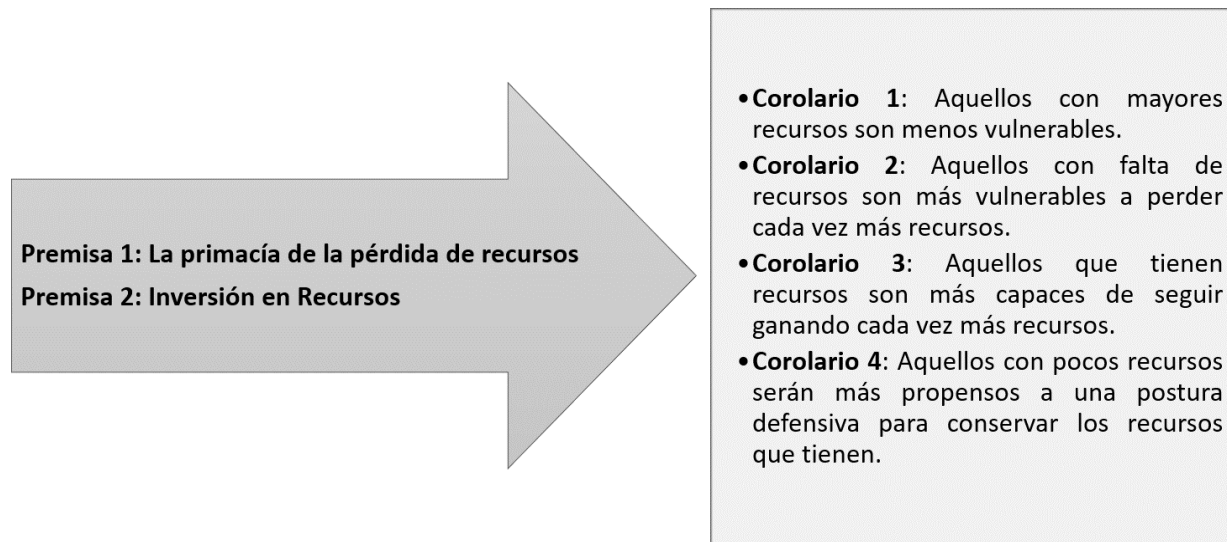
Inicialmente, Hobfoll (1989) reconoce cuatro tipos de recursos: objetos, condiciones, características personales y energías. En un planteamiento posterior, Hobfoll (2001) indica que el individuo considera de manera simultánea tanto recursos personales como ambientales. En el contexto del trabajo, los recursos personales pueden incluir valores personales y rasgos de personalidad; mientras que los recursos ambientales

varían según el entorno: el contexto de trabajo, la autonomía en el trabajo, la retroalimentación sobre el desempeño, las recompensas por el desempeño laboral, el apoyo social y organizacional (Hakanen et al., 2008).

Es importante tener en cuenta otros dos conceptos: a) las espirales de recursos y b) las caravanas de recursos. Las espirales se refieren a que, cuando las personas carecen de recursos para enfrentar eventos estresantes, no sólo son más vulnerables, sino que también la pérdida de recursos generará más pérdidas de recursos. Las caravanas sugieren que los recursos se pueden agregar y construir uno sobre el otro. Es decir, un recurso, como la autoeficacia, puede estar vinculado con otros recursos en determinados contextos (Thoits, 1994; Van Doorn y Hülshager, 2015). Los recursos tienden a generar otros recursos, creando así conjuntos de recursos, que pueden dar resultados positivos, como un mejor afrontamiento y bienestar (Hobfoll, 2002).

En la aplicación y desarrollo TCOR en contextos del trabajo y las organizacionales, Xanthopoulou et al. (2009), examinaron la relación entre recursos laborales (autonomía, apoyo social, entrenamiento del supervisor, retroalimentación del desempeño y oportunidades de desarrollo profesional), recursos personales (autoeficacia, autoestima basada en la organización y optimismo), e implicación con el trabajo; estos autores encontraron que los empleados con altos niveles de recursos también mostraron altos niveles de implicación con el trabajo, así como con el aumento de recursos, mostrando evidencia de espirales de ganancia de recursos.

FIGURA 3. Planteamiento central de la Conservación de Recursos.



Nota: Elaboración propia a partir de Hobfoll (2001).

Demandas-Control (y Apoyo)

El modelo de Demandas-Control del Trabajo (DCT) postula que la tensión laboral y el consiguiente deterioro de la salud física y/o psicológica ocurren cuando excesivas demandas (exigencias, carga) del trabajo se combinan con un bajo control (autoridad de decisión y discreción de las habilidades); por el contrario, los trabajos de alto control y alta demanda llegan a resultar en un mayor aprendizaje y motivación (Karasek, 1979).

En la interacción entre demandas y el nivel de control, cuando las demandas son mayores que el control se puede esperar tensión psicológica (Figura 4). Las reacciones más adversas de tensión psicológica y enfermedad física se esperan cuando existen altas demandas de trabajo (presión de tiempo, conflicto de rol) y baja capacidad de decisión (control). Por otro lado, las demandas altas en combinación con un alto control conducen al aprendizaje, motivación y desarrollo de habilidades (Van der Doef y Maes, 1999).

Las demandas de trabajo son difíciles de conceptualizar, operacionalizar y medir, sin embargo, el componente central de las demandas laborales es la carga de trabajo de una tarea y la alerta o atención necesaria para llevar a cabo el trabajo. Por ejemplo, Karasek y Theorell (1990) señalan tres tipos de demandas específicas: 1) demandas temporales, 2) demandas de monitoreo y 3) demandas de solución de problemas.

En aproximaciones posteriores, se agregó una tercera dimensión: el Apoyo Social en el trabajo, consolidando el modelo Demandas-Control-Apoyo del Trabajo (DCAT) (Johnson y Hall, 1988; Johnson et al., 1989; Karasek y Theorell, 1990). Esta dimensión social se refiere a trabajos aislados que tienen pocas oportunidades de interacción social en contraste con trabajos colectivos que requieren de interacción con otros compañeros de trabajo para realizar su actividad. Por lo tanto, aquellos puestos de bajo apoyo y bajo control darán

lugar a mayor incidencia de problemas de salud; mientras que altos niveles de control del trabajo y apoyo social pueden contrarrestar los efectos negativos de las altas demandas para alcanzar los resultados.

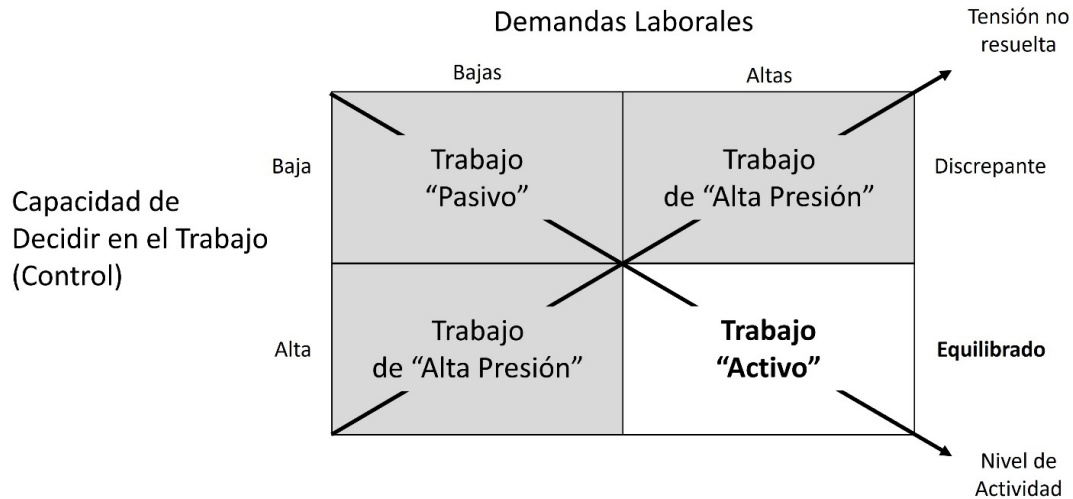
En cuanto a la vigencia del modelo y como respuesta a las críticas, recientemente, se han realizado estudios meta-analíticos que son importantes porque acumulan estudios que aportan evidencia sobre la magnitud, la estabilidad de sus proposiciones y su impacto en el bienestar psicosocial, el estrés laboral, la satisfacción laboral y el agotamiento emocional (Fila et al., 2017; Luchman y González-Morales, 2013).

Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa

El modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (DE-R) enfatiza la noción de reciprocidad, principio fundamental de la teoría del intercambio social (Cosmides y Tooby, 1992; Marmot et al., 1999; Siegrist, 1996). La reciprocidad social se caracteriza por inversiones cooperativas mutuas que pueden entenderse como un proceso de intercambio en el que la norma de la expectativa de retorno se refleja en esfuerzos que se recompensan con retribuciones apropiadas (Siegrist, 1996), y una falta de correspondencia entre estas conducirá a experiencias estresantes (Konovsky y Pugh, 1994; Wayne y Ferris, 1990). Es decir, que el desequilibrio entre alto esfuerzo y bajas recompensas recibidas probablemente provocará emociones negativas recurrentes y respuestas de estrés sostenidas. Por el contrario, las emociones positivas evocadas por recompensas sociales apropiadas promueven el bienestar y la salud.

Según Peter y Siegrist (1999), el modelo DE-R se refiere tanto a factores extrínsecos (esfuerzo extrínseco) como factores intrínsecos (compromiso excesivo) y en lo que se enfoca no es el nivel objetivo de desajuste, sino su desajuste percibido. El esfuerzo intrínseco se refiere a las motivaciones

FIGURA 4. Modelo Demandas-Control del Trabajo y tensión laboral.



Nota: Adaptado de Karasek (1979). En este primer modelo sólo se toma en cuenta la interacción entre Demandas y Control. Las zonas sombreadas indican desequilibrio demandas-control.

personales del individuo, como la necesidad de control y compromiso; mientras que las motivaciones extrínsecas, se refieren a presiones externas, como la carga de trabajo. Las recompensas relacionadas con el trabajo se distribuyen en tres tipos: dinero, estima y control (Siegrist y Peter, 2000). También hay que considerar las demandas externas relacionadas con el mercado laboral y la dificultad para encontrar empleo (Peter y Siegrist, 1999; Siegrist, 1996).

Basado en el principio de reciprocidad (Gouldner, 1960), el empleado invierte esfuerzos y espera recompensas. Sin embargo, según Siegrist (2002), se llegan a mantener acuerdos de trabajo en condiciones de recompensa baja-esfuerzo alto: a) cuando los contratos de trabajo están mal definidos o los empleados no tienen otra alternativa en el mercado laboral; b) cuando los empleados aceptan este desequilibrio por razones estratégicas de expectativas futuras; y c) cuando el empleado exhibe un patrón cognitivo y motivacional específico y excepcional para hacer frente a demandas caracterizadas por un compromiso excesivo relacionado con el trabajo (Figura, 5).

Los empleados que se caracterizan por un exceso de compromiso relacionado con el trabajo juzgan mal el equilibrio entre las demandas en el trabajo y sus propios recursos para el afrontamiento; subestiman las demandas externas y sobreestiman sus recursos de afrontamiento, sin darse cuenta de su propia contribución al desequilibrio entre el esfuerzo y las recompensas (Siegrist, 2002). Por lo tanto, están expuestos a un intercambio prolongado no recíproco (Siegrist, 1996). Al respecto, se puede señalar evidencia sobre la relación del modelo DE-R con síntomas psicósomáticos, salud y bienestar subjetivo (Kuper et al., 2002; Ostry et al., 2003; Stansfeld et al., 1998; Stansfeld et al., 1999; Tsutsumi y Van Vegchel et al., 2005; Van Vegchel et al., 2002), incluso con riesgos significativos elevados de afectaciones cardíacas (Bosma et al., 1998; Siegrist et al., 1990). Por su parte, otros estudios han relacionado el compromiso excesivo con problemas de bienestar y dolor musculoesquelético (Joksimovic et al., 2002), depresión (Tsutsumi et al., 2001), quejas psicósomáticas

(Godin y Kittel, 2004), y la salud general autoinformada (Niedhammer et al., 2004).

Demandas y Recursos Laborales

Inicialmente, Demerouti et al. (2001) plantearon el modelo de Demandas y Recursos Laborales (DRL) directamente relacionado con dos procesos en el desarrollo del Síndrome de Desgaste Ocupacional (*Burnout*). El primer proceso se refiere a los aspectos demandantes o de alta exigencia del trabajo que llevan al agotamiento. El segundo proceso hace referencia a que la falta de recursos complica la respuesta ante las demandas del trabajo, lo que lleva a conductas de abandono de la tarea y eventualmente del trabajo.

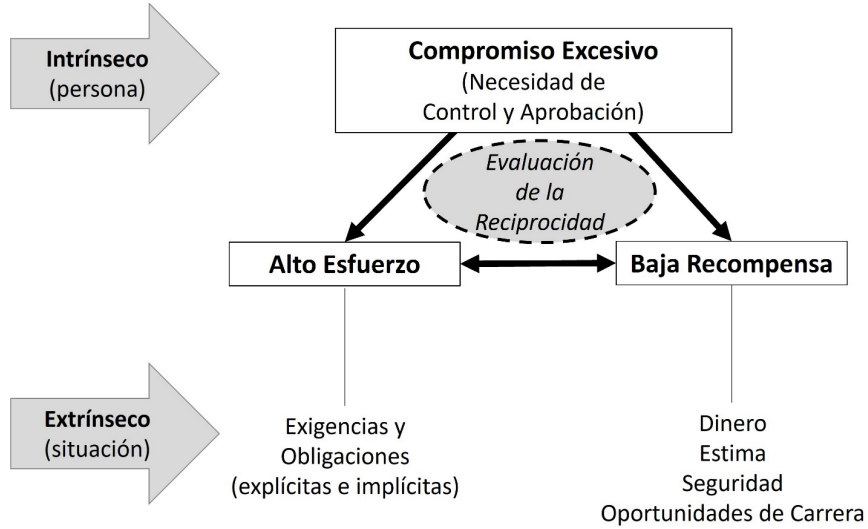
En este modelo, las demandas de trabajo se refieren a aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales del trabajo que requieren un esfuerzo o habilidades físicas y/o psicológicas (cognitivas y emocionales) sostenidas y, por lo tanto, están asociados con ciertos costos fisiológicos y/o psicológicos. Los ejemplos son una gran presión de trabajo, un entorno físico desfavorable y una interacción emocionalmente exigente con los clientes. Aunque las demandas laborales no son necesariamente negativas, pueden convertirse en factores de estrés laboral cuando satisfacer esas demandas requiere un esfuerzo que sobrepasa al empleado (Meijman y Mulder, 1998).

El otro componente, los recursos laborales, son aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales del trabajo que tienen las siguientes características (Bakker y Demerouti, 2007): a) Son funcionales para alcanzar las metas de trabajo; b) Reducen las demandas laborales y sus costos asociados físicos y psicológicos, y c) Estimulan el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo. Los recursos laborales pueden ubicarse en el nivel organizacional (salario, apoyo organizacional, oportunidades de desarrollo, seguridad laboral), en el nivel de relaciones interpersonales y sociales (apoyo del supervisor y de compañeros de trabajo, clima del

equipo), en la organización del trabajo (claridad de roles, participación en la toma de decisiones), y en el nivel de la tarea (variedad de destrezas, identidad de la tarea, importancia de la tarea, autonomía, retroalimentación).

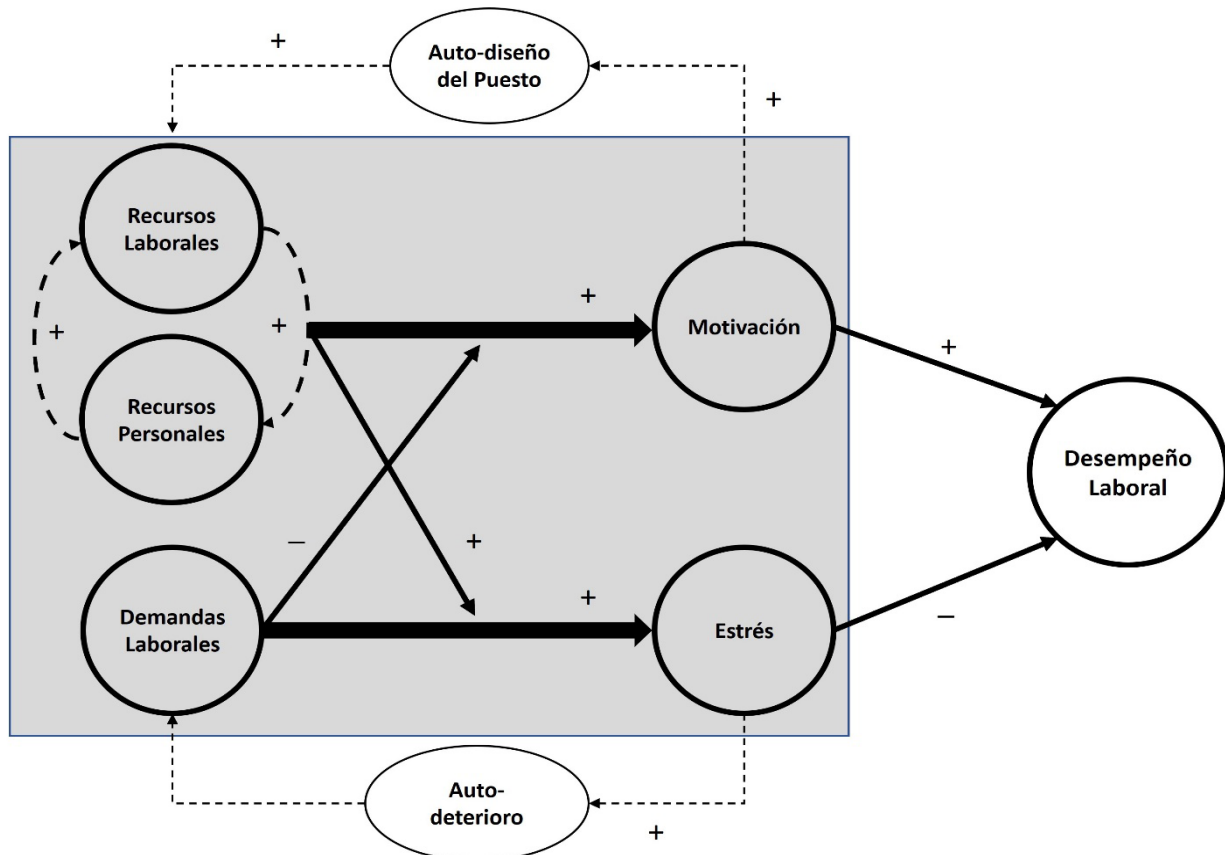
Después de más de 15 años de investigación y desarrollo, Bakker y Demerouti (2017) plantean una integración del avance sobre este modelo e identifican ocho premisas que lo sustentan (Figura 6 y Tabla 1).

FIGURA 5. Modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa y compromiso excesivo.



Nota: Adaptado de Siegrist (1999).

FIGURA 6. Modelo integral de Demandas-Recursos y su impacto en el estrés, la motivación y el desempeño laboral.



Nota: Adaptado de Bakker y Demerouti (2007; 2017) y Bakker y Costa (2014). La zona sombreada indica el modelo inicial (Bakker y Demerouti, 2007). Con líneas más gruesas se hace énfasis en los procesos centrales del modelo, con líneas más delgadas y punteadas se indican los procesos y variables incluidas posteriormente.

TABLA 1. Ocho premisas sobre el modelo de Demandas-Recursos del Trabajo.

Premisa	Descripción
Premisa 1	Todas las características del trabajo pueden clasificarse en dos categorías: Demandas Laborales y Recursos Laborales.
Premisa 2	En el trabajo se presentan dos procesos psicológicos diferenciados: un proceso de deterioro de la salud y un proceso motivacional
Premisa 3	La interacción entre las demandas y recursos laborales es importante en el desarrollo del estrés laboral y la motivación.
Premisa 4	A mayor desarrollo de recursos, mayor es la influencia en la motivación incluso cuando las demandas de trabajo son altas.
Premisa 5	Los recursos personales pueden desempeñar un papel similar a los recursos laborales.
Premisa 6	La motivación tiene un impacto positivo en el desempeño laboral, mientras que el estrés laboral tiene un impacto negativo.
Premisa 7	El autodiseño del puesto, puede mejorar el ajuste entre las características del trabajo y las necesidades, capacidades y preferencias de los trabajadores.
Premisa 8	Los trabajadores afectados por su trabajo mostrarán conductas auto-desgastantes, lo que conduciría a un alto desajuste con su trabajo, lo que llevará a mayor estrés.

Nota: Elaboración propia a partir de Bakker y Demerouti (2017).

CONCLUSIONES

Uno de los objetivos más importantes de la ciencia, así como el planteamiento de teorías y modelos es que lleguen a mejorar nuestro medio natural y social (Bunge, 1959). En este sentido, el objetivo de este artículo fue hacer una revisión retrospectiva, orientativa y sintética de modelos y teorías que han aportado explicación y predictabilidad sobre el estrés laboral, para que profesionales de las ciencias de la conducta aplicada al ámbito del trabajo y de las organizaciones, como interesados en el tema, cuenten con un panorama accesible de los fundamentos sobre la importancia de considerar, prevenir e intervenir el estrés laboral en sus organizaciones. Este artículo es una revisión sintética, por lo que, sin duda, para el pleno conocimiento de cada modelo, se recomienda profundizar en la vasta literatura que se ha generado.

En los modelos que se revisan, se logran identificar los recursos como elemento común que ayudan a las personas a afrontar amenazas, ajustarse al ambiente laboral, conseguir más recursos y alcanzar objetivos y metas (Tabla 2).

En particular, otro elemento común en los modelos es el apoyo social, que se aborda como un recurso para afrontar amenazas (Lazarus y Folkman, 1986), como diseño de puestos aislados

TABLA 2. Los recursos como concepto común en tres modelos del estrés laboral y bienestar psicosocial.

Enfoque	Categorías
Modelo Transaccional y de Afrontamiento ante el Estrés (Lazarus y Folkman, 1986).	
Los recursos son internos, externos y aquellos que sirven como medio para obtener otros recursos.	a) Salud, bienestar o recursos físicos. b) Recursos psicológicos. c) Resolución de problemas. d) Habilidades y apoyo social. e) Recursos materiales.
Modelo de Conservación de Recursos (Hobfoll, 2001).	
Los recursos son entidades que son centralmente valoradas por sí mismas o que actúan como medios para obtener fines altamente valorados.	1) Recursos Personales. Incluyen valores personales y rasgos de personalidad. 2) Recursos Ambientales. En un contexto de trabajo incluyen autonomía, retroalimentación, recompensas, apoyo social y organizacional.
Modelo de Recursos-Demandas (Bakker y Demerouti, 2007).	
Los recursos son aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales que a) son funcionales para alcanzar las metas; b) reducen las demandas laborales y sus costos físicos y psicológicos; c) estimulan el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo.	1) Nivel organizacional. 2) Relaciones interpersonales y sociales. 3) Organización del trabajo. 4) Nivel de la tarea.

Nota: Elaboración propia con base en la revisión de la literatura en este artículo sobre los modelos de estrés laboral.

o colectivos (Johnson et al., 1989), como recurso ambiental (Hobfoll, 2001), y como recurso laboral (Bakker y Demerouti, 2007). Por tanto, el apoyo social es un constructo de alta relevancia para el manejo del estrés y el desarrollo de bienestar en el contexto del trabajo (Tabla 3).

Como recomendaciones sobre la implementación del apoyo social, se pueden señalar seis formas diferentes de ofrecer apoyo social en el trabajo (Pines, 1983; Pines y Aronson, 1988; Pines et al., 2002): 1) Escuchar de forma activa, sin dar consejos ni juzgar; 2) Dar apoyo experto que proporcione retroalimentación; 3) Crear pensamientos de reto, desafío, creatividad e implicación en el trabajo; 4) Ofrecer apoyo emocional; 5) Dar apoyo desafiante, que haga reflexionar al sujeto sobre si ha agotado todas las posibles soluciones; 6) Participar en la realidad social del sujeto, conociendo sus creencias, autoconcepto, autoeficacia y autoestima.

TABLA 3. Conceptualización del Apoyo Social como elemento clave en las organizaciones.

Autores	Enfoque
Lin, Dean y Ensel (1986)	Provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.
Johnson y Hall (1988); Johnson et al. (1989)	Interacciones en el trabajo, entre los trabajadores y compañeros de trabajo (superiores, pares o subordinados). Puestos colectivos (alta interacción social) vs puestos aislados (sin interacción social).
Kossek et al. (2011)	El apoyo social se refiere al acceso a la ayuda y la asistencia de otros, lo que hace que el destinatario se sienta cuidado y apreciado.

Nota: Elaboración propia a partir de la revisión de la literatura sobre Apoyo Social.

Por su parte, la OIT (2012) en su metodología SOLVE sobre gestión del estrés laboral, propone que las organizaciones desarrollen actividades de Apoyo Social que tomen en cuenta: a) Permitir contacto social entre los trabajadores; b) Mantener un lugar de trabajo libre de violencia física y psicológica; c) Asegurar relaciones de apoyo entre supervisores y trabajadores; d) Que los supervisores asuman la responsabilidad de sus colaboradores; e) Que exista un nivel apropiado de interacción social; f) Que los trabajadores puedan discutir cualquier conflicto Trabajo-Familia; g) Destacar los aspectos positivos y útiles del trabajo.

Cuando nos aproximamos a la psicología del trabajo y de las organizaciones desde el paradigma científico, debe ser capaz de responder a preguntas concretas con el objetivo de encontrar soluciones a problemas en contextos o situaciones específicas de cada organización, con marcos de referencia teóricos fundamentados, así como el rigor metodológico suficiente y necesario. En este sentido, todos los modelos revisados han recibido críticas a lo largo de su investigación y desarrollo, definitivamente esto es inherente y necesario, ya que proponen una representación parcial de la realidad, al mismo tiempo, esa explicación contingente aporta control en el estudio de conjuntos de variables específicas (Oh y Oh, 2011).

Finalmente, al contar con estructura teórica, sustento metodológico y evidencia como respaldo, estos modelos (y los que se sigan desarrollando) pueden seguir proporcionando el fundamento para generar políticas públicas de seguridad y salud laboral, así como desarrollar prácticas internas de gestión del personal y, en general, proyectos que contribuyan hacia la construcción de organizaciones saludables.

REFERENCIAS

- Bakker, A. & Demerouti, E. (2013). Job demands-resources model. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 29(3), 107-115. <http://dx.doi.org/10.5093/tr2013a16>
- Bakker, A. B., & Costa, P. (2014). Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Burnout Research*, 1(3), 112–119. <http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2014.04.003>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bayl-Smith, P. H., & Griffin, B. (2015). Measuring work styles: Towards an understanding of the dynamic components of the theory of work adjustment. *Journal of Vocational Behavior*, 90, 132-144.
- Bhagat, R. S., Segovis, J. C. & Nelson, T. A. (2012). Work stress and coping from western perspective. En R. Bhagat, J. Segovis & T. Nelson, *Work stress and coping in the era of globalization* (49-88). Routledge: Taylor & Francis Group.
- Bliese, P. D., Edwards, J. R., & Sonnentag, S. (2017). Stress and well-being at work: A century of empirical trends reflecting theoretical and societal influences. *Journal of Applied Psychology*, 102(3), 389. <https://doi.org/10.1037/apl0000109>
- Bocchino, C. C., Hartman, B. W., & Foley, P. F. (2003). The relationship between person-organization congruence, perceived violations of the psychological contract, and occupational stress symptoms. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 55(4), 203. <https://doi.org/10.1037/1061-4087.55.4.203>
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J., & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American journal of public health*, 88(1), 68-74.
- Brief, A. P., & George, J. M. (2020). Psychological stress and the workplace: A brief comment on Lazarus' outlook. In R. Crandall & P. Perrewé, *Occupational Stress* (pp. 15-19). CRC Press.
- Bunge, M. (1959/2013). *La ciencia: Su método y su filosofía*. Laetoli.
- Bunge, M. (2000). *La investigación científica: su estrategia y su filosofía*. Siglo XXI.
- Cable, D. M., & Judge, T. A. (1996). Person-organization fit, job choice decisions, and organizational entry. *Organizational behavior and human decision processes*, 67(3), 294-311.
- Caplan, R. D. (1987). Person-environment fit in organizations: Theories, facts, and values. En A.W. Riley & S.J. Zaccaro (Eds.), *Occupational stress and organizational*

- effectiveness (pp. 103–140). Praeger.
- Caplan, R. D., Tripathi, R. C., & Naidu, R. K. (1985). Subjective past, present, and future fit: Effects on anxiety, depression, and other indicators of well-being. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 180.
- Cosmides, L., & Tooby, J. (1992). Cognitive adaptations for social exchange. The adapted mind. *Evolutionary psychology and the generation of culture*, 163, 163–228.
- Dawis, R. V., & Lofquist, L. H. (1984). *A psychological theory of work adjustment*. University of Minnesota Press.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P. & Cooper, C. L. (2012). Theories of Psychological Stress at Work. En R. J. Gatchel & I. Z. Schultz (Eds.), *Handbook of Occupational Health and Wellness* (pp. 23-38). Springer.
- Edwards, J. R. (2008). Person–environment fit in organizations: An assessment of theoretical progress. *Academy of Management Annals*, 2(1), 167–230. <https://doi.org/10.1080/19416520802211503>
- Edwards, J. R., Caplan, R.D., & Harrison, R.V. (1998). Person–environment fit theory: Conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research. En C.L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress* (pp. 28–67). Oxford: Oxford University Press.
- Fila, M. J., Purl, J., & Griffeth, R. W. (2017). Job demands, control and support: Meta-analyzing moderator effects of gender, nationality, and occupation. *Human Resource Management Review*, 27(1), 39–60.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American psychologist*, 55(6), 647.
- French, J. R. P., Jr., Caplan, R. D., & Harrison, R. V. (1982). *The mechanisms of job stress and strain*. Wiley.
- Giere, R. (1999). Using Models to Represent Reality. En L. Magnani, N. J. Nersessian y P. Thagard (eds.), *Model-Based Reasoning in Scientific Discovery* (pp. 41–57). Dordrecht: Springer.
- Gilbert, J. K. (2004). Models and modelling: Routes to more authentic science education. *International Journal of Science and Mathematics Education*, 2(2), 115–130.
- Godin, I., & Kittel, F. (2004). Differential economic stability and psychosocial stress at work: associations with psychosomatic complaints and absenteeism. *Social science & medicine*, 58(8), 1543–1553. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00345-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00345-9)
- Gouldner, A. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American Sociological Review*, 25(2), 161–178.
- Hakanen, J. J., Perhoniemi, R., & Toppinen-Tanner, S. (2008). Positive gain spirals at work: From job resources to work engagement, personal initiative and work-unit innovativeness. *Journal of Vocational Behavior*, 73(1), 78–91. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.01.003>
- Harrison, R. V. (1978). Person–environment fit and job stress. En C.L. Cooper & R. Payne (Eds.), *Stress at work* (pp. 175–205). Wiley.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513–524.
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50 (3), 337–421. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062>
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4), 307–324. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.4.307>
- Hoffman, B. J., & Woehr, D. J. (2006). A quantitative review of the relationship between person–organization fit and behavioral outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 68(3), 389–399. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2005.08.003>
- Jex, S. M., & Britt, T. W. (2008). Leadership and influence processes. In *Organizational psychology: A scientist-practitioner approach* (303–338). John Wiley & Sons.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336–1342.
- Johnson, J. V., Hall, E. M. & Theorell, T. (1989). Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 15, 271–279.
- Joksimovic, L., Starke, D., Vd Knesebeck, O., & Siegrist, J. (2002). Perceived work stress, overcommitment, and self-reported musculoskeletal pain: Across-sectional investigation. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9(2), 122–138.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308.
- Karasek, R. A.; Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books.
- Konovsky, M. A. & Pugh, S. D. (1994) Citizenship behavior and social exchange. *Academy of Management Journal*, 37, 656–669.
- Koponen, I. T. (2007). Models and modelling in physics education: A critical re-analysis of philosophical underpinnings and suggestions for revisions. *Science & Education*, 16, 751–773. <https://doi.org/10.1007/S11191-006-9000-7>
- Kossek E. E., Pichler S., Bodner T., & Hammer L. B. (2011). Workplace social support and work–family conflict: A meta-analysis clarifying the influence of general and work–family-specific supervisor and organizational support. *Personnel Psychology*, 64(2), 289–313. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2011.01211.x>
- Kristof-Brown, A. L., Zimmerman, R. D., & Johnson, E. C. (2005). Consequences of individuals' fit at work: A meta-analysis OF person–job, person–organization, person–group, and person–supervisor fit. *Personnel psychology*, 58(2), 281–342. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2005.00672.x>
- Kuper, H., Singh-Manoux, A., Siegrist, J., & Marmot, M. (2002). When reciprocity fails: effort–reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. *Occupational and environmental*

- medicine*, 59(11), 777-784.
- Lachterman, B., & Meir, E. I. (2004). The impact of work setting congruence on well-being. *Journal of Career Assessment*, 12(2), 150-168. <https://doi.org/10.1177/1069072703257753>
- Lazarus, R. S. (1991) *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2020). Psychological stress in the workplace. In R. Crandall & P. Perrewé, *Occupational Stress* (pp. 3-14). CRC Press.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1987) Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 54, 385-405.
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. (1986). *Life events, social support and depression*. Academic Press.
- Lu, S., Wei, F., & Li, G. (2021). The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*, 5(6), 76.
- Luchman, J. N., & González-Morales, M. G. (2013). Demands, control, and support: A meta-analytic review of work characteristics interrelationships. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(1), 37–52. <https://doi.org/10.1037/a0030541>
- Marmot, M., Siegrist, J., Theorell, T., & Feeney, A. (1999). Health and the psychosocial environment at work. En M. Marmot, & R. G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health* (pp. 105–131). Oxford University Press.
- Meijman, T. F. & Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. En Drenth, P.J., Thierry, H. and de Wolff, C.J. (Eds), *Handbook of Work and Organizational Psychology*, Erlbaum, Hove, pp. 5-33.
- Merecz, D., & Andysz, A. (2012). Relationship between person-organization fit and objective and subjective health status (person-organization fit and health). *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 25(2), 166-177. <https://doi.org/10.2478/S13382-012-0020-z>
- Morrison, M., & Morgan, M. S. (1999). Models as mediating instruments. In M. S. Morgan & M. Morrison (Eds.), *Models as mediators: Perspectives on natural and social science* (pp. 10–37). Cambridge: Cambridge University Press.
- Muchinsky, P.M., & Monahan, C.J. (1987). What is person–environment congruence? Supplementary versus complementary models of fit. *Journal of Vocational Behavior*, 31, 268–277.
- Niedhammer, I., Tek, M. L., Starke, D., & Siegrist, J. (2004). Effort–reward imbalance model and self-reported health: cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. *Social science & medicine*, 58(8), 1531-1541.
- Oh, P. S., & Oh, S. J. (2011). What teachers of science need to know about models: An overview. *International Journal of Science Education*, 33(8), 1109-1130. <https://doi.org/10.1080/09500693.2010.502191>
- Organización Internacional del Trabajo (2012). *SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo*. OIT. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203378.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*. Ginebra: OIT. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf
- Ostry, A. S., Kelly, S., Demers, P. A., Mustard, C., & Hertzman, C. (2003). A comparison between the effort-reward imbalance and demand control models. *BMC Public Health*, 3(1), 10.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of general psychology*, 1 (2), 115.
- Peter, R., & Siegrist, J. (1999). Chronic psychosocial stress at work and cardiovascular disease: The role of effort–reward imbalance. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(5-6), 441-449.
- Pines, A. M. (1983). On burnout and the buffering effects of social support. En B. Farber (Ed.), *Stress and burnout in human service professions* (pp. 155–174). Pergamon.
- Pines, A. M., Ben-Ari, A., Utasi, A., & Larson, D. (2002). A cross-cultural investigation of social support and burnout. *European Psychologist*, 7(4), 256.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Cause and cures*. Free Press.
- Rotbain, Y., Marbach-Ad, G., & Stavy, R. (2006). Effect of bead and illustration models on high school students' achievement in molecular genetics. *Journal of Research in Science Teaching*, 43(5), 500–529. <https://doi.org/10.1002/TEA.20144>
- Schneider, B., Kristof, A.L., Goldstein, H.W., & Smith, D.B. (1997). What is this thing called fit? En N.R. Anderson & P. Herriott (Eds.), *Handbook of selection and appraisal* (2nd ed., pp. 393–412). Wiley.
- Selye H. (1936). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye, H. (1976). Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Canadian Medical Association Journal*, 115(1), 53.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Siegrist, J. (1999). Occupational health and public health in Germany. En P.E. Le Blanc, M.C.W. Peeters, A. Büsing, & W.B. Schaufeli (Eds.), *Organizational psychology and healthcare: European contributions* (pp. 35-44). München: Rainer Hampp Verlag.
- Siegrist, J. (2002). Effort-reward Imbalance at Work and Health. En P. Perrewe, & D. Ganster (Eds.), *Research in Occupational Stress and Well Being* (pp. 261-291). JAI Elsevier.
- Siegrist, J., & Peter, R. (2000). The effort-reward imbalance model. En P. Schnall, K. Belkic, P. Landsbergis, & D. Baker (Eds.), *The Workplace and Cardiovascular Disease. Occupational Medicine: State of the Art Reviews*.
- Siegrist, J., Peter, R., Junge, A., Cremer, P., & Seidel, D. (1990). Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. *Social Science & Medicine*, 31(10), 1127-1134.
- Sutherland, V. & Cooper, C. (2002). Models of Job Stress. En

- J. C. Thomas & M. Hersen. *Handbook of Mental Health in the Workplace* (pp. 33-60). Sage Publications.
- Thoits, P. (1994). Stressors and problem-solving: The individual as psychological activist. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 143-160.
- Tsutsumi, A., & Kawakami, N. (2004). A review of empirical studies on the model of effort–reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Social science & medicine*, 59(11), 2335-2359.
- Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T., & Siegrist, J. (2001). Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 146-153.
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & stress*, 13(2), 87-114.
- Van Doorn, R. R., & Hülsheger, U. R. (2015). What makes employees resilient to job demands? The role of core self-evaluations in the relationship between job demands and strain reactions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(1), 76-87. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2013.858700>
- Van Vegchel, N., de Jonge, J., Bakker, A., & Schaufeli, W. (2002). Testing global and specific indicators of rewards in the Effort-Reward Imbalance Model: Does it make any difference?. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(4), 403-421.
- Van Vegchel, N., De Jonge, J., Bosma, H., & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort–reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social science & medicine*, 60(5), 1117-1131.
- Verquer, M. L., Beehr, T. A., & Wagner, S. H. (2003). A meta-analysis of relations between person–organization fit and work attitudes. *Journal of vocational behavior*, 63(3), 473-489. [https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(02\)00036-2](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(02)00036-2)
- Wayne, S. J. y Ferris, G. R. (1990) Influence tactics, affect, and exchange quality in supervisor-subordinate interactions: A laboratory experiment and field study. *Journal of Applied Psychology*, 75(5), 487-499.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2009). Reciprocal relationships between job resources, personal resources, and work engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 74 (3), 235–244. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.11.003>

Cuando se habla de “enfermedad mental” en la televisión mexicana. Una aproximación analítica del discurso multimodal

When talking about "mental illness" on mexican television.
An analytical approach to multimodal discourse

LIDIA BELTRÁN-RUIZ*
SERGIO CARLOS MANDUJANO-VÁZQUEZ*
EVELYN NOEMI SÁNCHEZ-SOMERA**

RESUMEN: Se presenta un estudio descriptivo desde una perspectiva construccionista multimodal de discursos relacionados con los “trastornos psicológicos” o “enfermedades mentales” que se sostienen en canales de televisión abierta en México. El estudio se fundamenta en la importancia que pueden tener los medios de comunicación masiva en el flujo de información y en la construcción de modelos explicativos y prescriptivos en la teleaudiencia. Se advierte la ausencia de estudios que aborden la temática en México. El propósito consistió en evidenciar las formas de representación verbal (quién habla, de qué se habla y bajo qué modelos se enmarca la explicación y el tratamiento) así como las formas de representación visual (qué imágenes se muestran) cuando se habla sobre el sufrimiento psicológico. Se llevó a cabo la observación de diferentes programas de televisión abierta durante aproximadamente seis meses. Se seleccionaron veintisiete fragmentos de programas de televisión y se analizaron desde el enfoque semiótico multimodal con el apoyo del software MAXQDA 2020. Los resultados generan evidencia de la proliferación del discurso médico-individual-cerebral estigmatizante y la escasa presencia de marcos explicativos o de intervención de índole psicológica y psicoterapéutica. Asimismo, se observa que la información generada en los medios estudiados se relaciona con una red compleja de procesos e intereses de quien los produce.

Palabras clave: psicología, televisión, palabra, imagen.

ABSTRACT: A descriptive study is presented from a multimodal constructionist perspective of discourses related to “psychological disorders” or “mental illnesses” that are held on open television channels in Mexico. The study is based on the importance that the mass media can have in the flow of information and in the construction of explanatory and prescriptive models in telehearing. The absence of studies that address the issue in Mexico is noted. The purpose was to show the forms of verbal representation (who speaks, what is spoken and under which models the explanation and treatment are framed) and the forms of visual representation (what images are shown) when talking about psychological suffering. The observation of different TV programs was carried out for approximately six months. Twenty seven TV program fragments were selected and analyzed from the multimodal semiotic approach with the support of the MAXQDA 2020 software. The results generate evidence of the proliferation of stigmatizing medical-individual-brain discourse and the scarce presence of explanatory or intervention frameworks of psychological and psychotherapeutic nature. Likewise, it is observed that the information generated in the studied media is related to a complex network of processes and interests of those who produce them.

Keywords: psychology, television, word, image.

INTRODUCCIÓN¹

Algunos autores (Diefenbach, 1997; Gergen, 2006; Navarro, 2013) señalan que gran parte de la información sobre temas de “salud psicológica” y “enfermedad mental” a la que accede la población general se establece por los medios de comunicación. Asimismo, la FEAFES (2003) advierte que el uso de los medios de comunicación y el diseño de una campaña de comunicación es de suma importancia para colocar un tema en la agenda pública, aumenta el reconocimiento social de una problemática y puede ser un medio para sensibilizar a los ciudadanos para introducir cambios.

Sin embargo, los discursos (entiéndase descripciones, explicaciones y formas de representación visual) que sobre la “enfermedad mental” se emplean en los medios, también son afectados por intereses y por la concepción implícita que los autores/productores tienen sobre el fenómeno. Al respecto, diversos autores (González y Pérez, 2007; Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009; Pareja, 2010) han señalado que los llamados “medios de comunicación” no son sólo una fuente de información, sino también un instrumento para la construcción (factualidad) de hechos/realidades y una fuente formativa y de control ideológico. Advierten que dichos medios juegan un papel importante para influir en la formación de percepciones, en la formación de tendencias sociales y resaltan la capacidad que tienen para formar y perpetuar estereotipos, prejuicios y conductas como consecuencia de la representación que hacen de los problemas del vivir como trastornos mentales, que es el tema que aquí atañe. Sobre la misma línea, De la Fuente (2012) añade que la publicidad forma parte característica de los procesos actuales de globalización que, por supuesto impactan en la vida de los individuos, que los diagnósticos han psiquiatrizado la vida cotidiana y que los mercados conforman la tiranía más poderosa de la actual globalización.

Lo anterior cobra relevancia si consideramos que, de acuerdo con un estudio de opinión reportado por el Gobierno Federal (2020), la televisión continúa ocupando el primer lugar (56%, seguido por internet con 30%) entre los medios que emplea la gente para mantenerse informado. Asimismo, de acuerdo con Toussaint (2009), la televisión mexicana, forma parte de un sistema de medios global en el que existe una interacción ineludible entre lo público y lo privado, entendidos tanto como espacios de decisiones políticas como medios para la creación cultural el incentivo del mercado, la organización capitalista y las formas de valorización propias de cada

sociedad. Por ejemplo, en cuanto a su impacto en la salud mental, algunos autores (Byrne, 2003; Hawton y Williams, 2002) llaman la atención hacia el hecho de que la información que se presenta en los medios sobre el suicidio bien puede servir de modelo para inducir esta conducta, para mostrar las formas de realizarlo y para saber qué antidepressivo comprar. En consonancia con lo anterior, Lissman y Boehnlein (2001) encontraron en una revisión que realizaron en medios digitales de información sobre la “depresión y su tratamiento” que dicha información resulta ser poco confiable y con poco soporte científico, es decir, que lo que se publica tiene más que ver con el mercado de la salud que con la ciencia. Además, Toledo (2008), entre otros, señala que la existencia del bombardeo televisivo de series dedicadas a hospitales y servicios de urgencia ha despertado en la población una curiosidad médica por sustancias médicas y de enfermedades, pruebas diagnósticas y parámetros analíticos.

Dentro de las primeras investigaciones que analizaron la forma en que en los medios de comunicación se describía lo que llamaron “enfermedad mental” se encuentra el trabajo de Jum Nunnally (1957) donde comparó mediante diferencial semántico los puntos de vista de expertos en salud mental, con los de público en general y con los expresados en medios de comunicación masiva encontrando que éstos últimos eran los que más se alejaban del discurso profesional. Reportó que los medios televisivos en Estados Unidos tendían a presentar a la “enfermedad mental” de manera inadecuada y desfavorable ya que la forma en que describían las causas, los síntomas, los tratamientos o los efectos sociales evidenciaban una tendencia hacia lo bizarro. Por otro lado, Sampietro (2010) realizó una revisión de la literatura, incluyendo 81 investigaciones originales o revisiones previas en medios de comunicación asociadas a la violencia intentando comprender cuáles son las significaciones que los medios atribuyen a la “enfermedad mental”. Después de dos décadas de investigación, principalmente de la televisión americana, británica y neozelandesa, encontró que el significado más usual de la “enfermedad mental” se relacionaba con la peligrosidad (violencia, homicidio, suicidio), la vulnerabilidad y la incapacidad por parte de las personas para hacerse cargo de su vida. En España; Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén reportan en el 2009 lo que llamaron el primer trabajo en su país que abordaba el estigma de la “enfermedad mental” con una perspectiva integral. Estos autores incluyeron para su estudio los puntos de vista de personas con “enfermedad mental”, familiares, profesionales de atención social, población general y medios de comunicación (programas noticiosos). La metodología que emplearon para indagar la influencia de los medios de comunicación consistió en realizar una entrevista a profundidad a un periodista experto en el tema y en analizar las respuestas generadas en 5 grupos de discusión, dos de ellos conformados por personas con “enfermedad mental” grave, dos por sus familiares y uno por los profesionales de atención social a estos pacientes. En cuanto a los hallazgos encontraron estereotipos de peligrosidad e impredecibilidad y la culpabilización de la persona por tener un padecimiento. Tanto las personas con “enfermedad mental” grave y persistente como sus familiares y los profesionales que los atienden e incluso el periodista especializado en discapacidad consultado, estuvieron de acuerdo en señalar que el tratamiento que los medios de comunicación dan a la “enfermedad mental” crónica

1 La investigación que aquí se presenta parte de un posicionamiento constructorista. Desde dicho posicionamiento se reconoce la fuerza constitutiva del discurso y de las prácticas discursivas. Su aproximación analítica consiste en que centra su interés en el estudio de la manera en la que los temas y conceptos de distinta índole se constituyen como prácticas textuales e intenta ofrecer una alternativa para abordar el estudio de los usos que la gente hace de la descripción-representación de fenómenos psicológicos. En esta investigación, el interés se centra en el estudio de la factualidad sobre lo que suele denominarse “enfermedad mental” o “trastorno psicológico”. En este documento se emplean ambos términos o de una manera más general se hará referencia a ellos como “sufrimiento psicológico”.

es inadecuado. Todos coincidieron en que los medios de comunicación son la principal vía de transmisión del estigma social hacia la “enfermedad mental” crónica, ayudando a perpetuar estereotipos y prejuicios negativos.

Como puede observarse, es valiosa pero escasa la investigación realizada en este tópico y resalta la falta de investigaciones que indaguen de manera específica sobre las características de los contenidos (y del diseño en cuanto a su edición) que presentan u ofrecen los medios en sus productos o emisiones a los consumidores o usuarios.

En México no se encuentran estudios que aborden el tema de cómo se caracteriza un trastorno psicológico en la televisión, ni de cuáles son los modelos teóricos bajo los cuales se explica su formación o desarrollo y tampoco sobre su tratamiento. Abordar el estudio de temáticas como estas, permite obtener un panorama general de las tendencias que podrían estar generando en la teleaudiencia y evaluar sus implicaciones. De este modo, el presente trabajo, pretende aportar información sobre algunos aspectos relacionados con la forma en que se representa discursivamente el sufrimiento psicológico que suele denominarse como “enfermedad mental” o “trastorno psicológico” en la televisión abierta en México.

En vista de que el material televisivo ofrece la posibilidad de analizar una compleja red de procesos semióticos que producen sentido en múltiples articulaciones, se recurrió al análisis multimodal.

El análisis multimodal

La multimodalidad constituye tanto un enfoque de los estudios del discurso como un campo de aplicación sobre la representación y la comunicación desarrolladas a partir de la Semiótica Social, la Lingüística Sistémico Funcional y las Textologías Semióticas, entre otras. Como enfoque analítico, surge del cuestionamiento al paradigma (monomodal) que hegemoniza a la palabra como una forma predominante de expresión de la actividad comunicativa y pone de manifiesto que la lengua no es el único código que posibilita acceder a la construcción e intercambio de significados, sino que abarca diferentes convenciones y recursos semióticos sobre la base del entorno sociocultural en el que se desarrolla el proceso comunicativo. En el caso de la televisión, el recurso visual cobra relevancia dado que la imagen se presenta simultáneamente al recurso verbal como un argumento que le acompaña o lo releva (como anclaje o relevo, empleando la terminología de Barthes en 1986).

Entonces, desde esta perspectiva, la multimodalidad es una característica inherente y necesaria para el análisis del discurso porque el discurso es una unidad básicamente multimodal. Se comprende al discurso como una simultaneidad de modos, identificados principalmente en este estudio en el espacio audible -lo que se dice- y en el espacio visual – la imagen que se muestra- (sin embargo, existe otros modos posibles de analizar) (Kress y Van Leeuwen, 2001; Menéndez, 2012). Además, resulta en un enfoque pertinente para el análisis de videodatos.

Metodológicamente, los distintos sistemas semióticos se definen como una reconstrucción que el analista hace a partir del análisis discursivo y que representa las distintas opciones posibles que conforman todos los sistemas que están representados por los discursos de una determinada cultura. El investigador realiza cada reconstrucción a partir de un conjunto de opciones, un modo, que necesariamente se combina con otros modos que constituyen el discurso realizado. Los modos, por lo tanto, interactúan entre sí y son los que hacen posible que un discurso sea analizado en función de sus estrategias para poder ser interpretado.

El análisis estratégico multimodal no explica lo que el hablante efectivamente quiso hacer en una situación determinada cuando produce un discurso, sino que reconstruye lo que el sujeto discursivo (constructo teórico-analítico que se conforma en el discurso) pone en funcionamiento al combinar diferentes clases de recursos. En el caso del material analizado en este proyecto se consideró solamente la inclusión del modo verbal (de qué se habla) y el modo visual (imágenes presentadas) como elementos del diseño ya que se consideran como elementos mínimos pero fundamentales en el proceso de significación.

MÉTODO

Tipo de estudio: investigación cualitativa con alcance descriptivo

Estrategia analítica: análisis del discurso multimodal.

Se indagó sobre cuáles son las características de la representación verbal y visual de los discursos del sufrimiento psicológico que se sostienen en un grupo de fragmentos seleccionados de programas de la televisión abierta (TV) en México.

El propósito consistió en evidenciar las formas de representación verbal (quién habla, de qué se habla y cómo se caracteriza en la palabra) y de representación visual (qué imágenes se muestran) cuando se habla sobre el sufrimiento psicológico. Asimismo, se buscó identificar si se presenta alguna regularidad en cuanto al predominio de algún tipo o modelo de representación.

El equipo de trabajo estuvo conformado por los autores de este documento y seis becarios de la licenciatura en psicología que realizaban su servicio social. De este modo, el equipo de trabajo llevó a cabo la observación durante 23 semanas de diferentes programas de TV en México (transmitidos en la Ciudad de México en el 2018) los cuales fueron seleccionados por ser los de más alto rating de acuerdo con las mediciones de la agencia Nielsen IBOPE México (2017-2018) (se eliminaron películas, transmisiones deportivas y programas especiales). Algunos fueron vistos y grabados en tiempo real y otros por su retransmisión en la internet en los escenarios disponibles para cada miembro del equipo (casa, cubículo universitario, aula). Los criterios para incluir los materiales que conformaron el *corpora* final requerían que en el programa se empleara la combinación de las siguientes palabras: enfermedad/trastorno/problema combinada con

mental/psicológico/conductual, ya sea en los espacios sonoro (como palabra hablada) y/o visual (como palabra escrita). Posteriormente, se añadieron como categorías emergentes “patología”, “mal”, “cerebral”, “emocional”, “psiquiátrico” y “cognitivo”.

Esto derivó la selección de 27 fragmentos para análisis de un total de 170 programas. La duración de los fragmentos seleccionados dependió del turno o los turnos que los hablantes emplearon para describir o caracterizar el problema o trastorno. El dato visual se conformó de fotogramas simultáneos a la palabra hablada en unidad de tiempo.

Los fragmentos seleccionados (que a partir de aquí se llaman documentos), fueron transcritos multimodalmente (ver ejemplo, imagen 1) siguiendo la propuesta para la construcción de *corpora* multimodal de Williamson (2007) adaptada por Beltrán-Ruiz y Mandujano-Vázquez (2018) donde se presenta un espacio para el modo visual y un espacio para el modo sonoro. El material registrado se organizó conforme la unidad de tiempo, es decir, se colocó la imagen (en este caso el fotograma) asociado temporalmente con las palabra hablada y escrita; la codificación se realizó por diadas después de un entrenamiento grupal tanto para acordar la operativización de la codificación, así como para el uso del software MAXQDA 2020. El equipo de trabajo se reunió en sesiones periódicas donde cada diada presentaba su codificación, esto con la finalidad de mantener limitado el posible sesgo.

Los documentos fueron codificados de la siguiente forma:

Categorización y atribución: se refiere a la forma en se denomina al proceso en cuestión, ya sea que el hablante lo enuncie o que aparezca como palabra escrita. Responde a la pregunta ¿qué términos y atribuciones se emplean para referirse al objeto en cuestión?

Identidad del hablante: el término bajo el cual se nombra designa o representa al hablante por su ocupación. Responde a la pregunta ¿cuál es la ocupación de quién habla en la situación presentada?

Modelo explicativo: Explicación causal que el hablante da al problema/ trastorno/ enfermedad - psicológico/ mental/ emocional. Se buscó su relación con algún modelo teórico-conceptual en la Psicología clínica.

Intervención propuesta: se refiere al tipo de tratamiento o manejo que propone el hablante para el problema o trastorno.

Representación visual: se refiere a las imágenes (fotogramas) asociados con la categorización apareada en unidad de tiempo. Por limitaciones de espacio y por las políticas editoriales y legales sobre derechos de autor, en este documento resulta imposible presentar los fotogramas, así que se presentan sólo descripciones de los objetos, los escenarios, aspecto del que padece, los colores y las formas.

Una vez codificado el *corpora* mediante el uso códigos y memos con MAXQDA 2020, se buscó si había algún tipo de regularidad (repetición o redundancia) en las formas de representación.

RESULTADOS

Los programas de donde se obtuvieron los documentos correspondieron en su mayoría a aquellos de corte informativo en la modalidad de reportaje (48%), seguida por programas de entretenimiento (30%), drama (14%), un comercial (3.7%) y uno de opinión (3.7%), todos transmitidos por las empresas Televisa y TV Azteca. A excepción de los reportajes, se encontró una orientación hacia sugerir la compra de algún producto (libros, fármacos) o servicio (atención psiquiátrica, internamiento, atención médica).

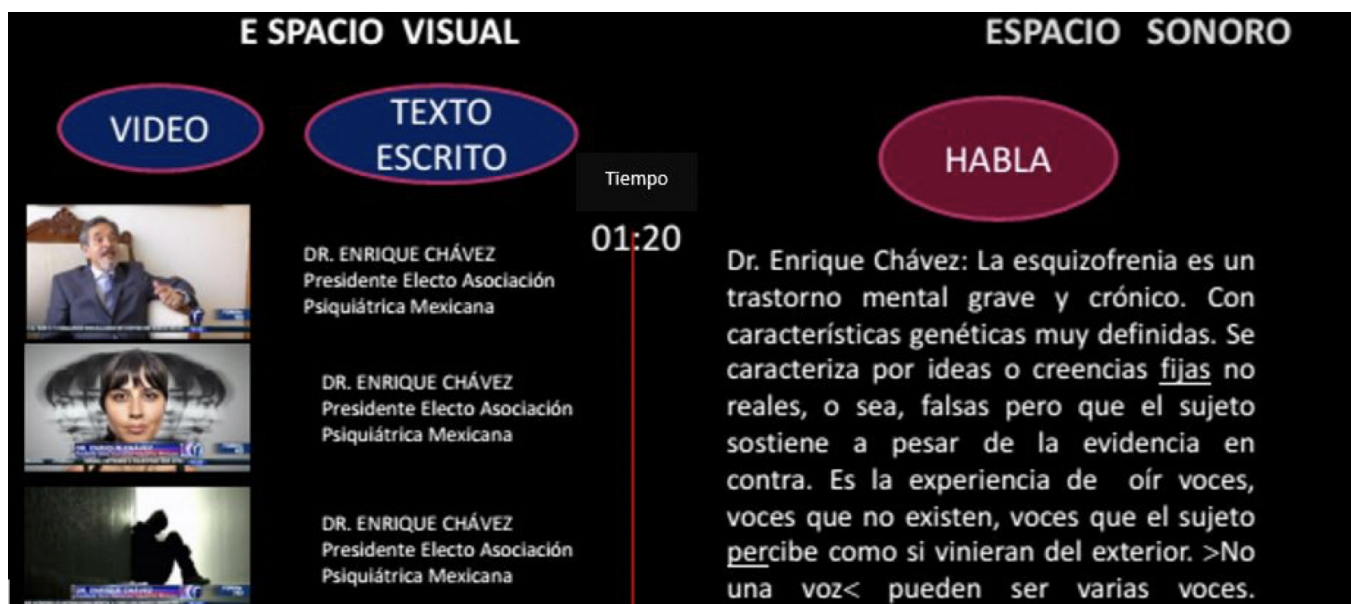


IMAGEN 1. Ejemplo de vaciado de *corpus* multimodal.

Categorización y atribución

En los 27 documentos seleccionados para el análisis los hablantes se refirieron de la siguiente forma: 55 veces en 18 documentos como “trastorno” o “trastornos”; 36 veces en 15 documentos como “enfermedad” o enfermedades”; 20 veces en 13 documentos como “problema”; una vez como “patología” y una como “un mal”. Estos términos se encontraron combinados: 11 veces en 9 documentos con “mental”; 12 veces en 9 documentos con “emocional”; 11 veces en 5 documentos con “cerebral” o “del cerebro”; 8 veces en 6 documentos con “psicológico”; 5 veces en 4 documentos con “psiquiátrico”; 2 veces en dos documentos como de “conducta” o “conductual” y 1 vez en un documento como “cognitivo”.

La siguiente nube de palabras (ver imagen 2), obtenida con MAXQDA 2020, ofrece una visión general de las 50 palabras más frecuentes en el grupo de documentos. Se omitieron las palabras cortas como lo son artículos y preposiciones, entre otras, que resultaban irrelevantes para los fines del análisis.

Se encontró la mención de las siguientes categorías o entidades: ansiedad, ansiedad generalizada, conducta disocial, ludopatía o juego patológico, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno facticio, insomnio, esquizofrenia (2 documentos), procrastinación, fobia (2 documentos), psicópata social, bullying, neurosis, depresión, depresión laboral, personalidad psicópata (2 documentos), depresión leve, obesidad y baja autoestima, trastorno postraumático, celotipia, obesidad, trastorno alimenticio (2 documentos), síndrome de Estocolmo, problemas mentales, alcoholismo (2 documentos).

Es conveniente mencionar que la categoría o entidad enunciada por los hablantes podía ser descrita como una característica de la persona o como un objeto o situación que afecta a la persona. Por ejemplo, se encontraron descripciones como “estas personas son muy agresivas” en contraste con “este trastorno limita la calidad de vida de las personas”. Asimismo, se encuentran adjetivos que resaltan

que se trata de algo grave, fuerte, importante, peligroso, que puede causar depresión, miedo, temor, daño a sí mismo o a otros, o es suicida.

Identidad del hablante

Se encontraron 31 hablantes, los cuales eran nombrados, presentados o identificados a veces en cintillas que aparecen en la parte inferior de la pantalla y/o con una voz narrativa sin imagen. Ver tabla 1 Identidad del hablante por frecuencia.

De aquí se desprende que el tema del sufrimiento psicológico puede ser abordado en la televisión abierta como algo de lo cual pueden hablar personas con diferentes ocupaciones, y con diferente *status* académico y profesional, sin embargo, cuando aparece en pantalla alguna persona que padece el trastorno nunca es ella quien lo nombra.

Por otro lado, para este rubro, es conveniente considerar la interacción entre los noticieros, como el tipo de programas en los que con más frecuencia se aborda el tema y la presencia de periodistas (reporteros). En este tipo de programas la edición de la nota informativa integraba, en secuencia de turnos, el habla del reportero con el habla de algún especialista. En los programas de entretenimiento analizados (30%), el hablante resultó ser con mayor frecuencia un entrevistado con ocupación fuera del área de la salud (por ejemplo, una psíquica canalizadora hablando de psicópatas sociales). Por otro lado, sobresalen los médicos (doctores) como los especialistas que más aparecen para abordar estos temas en televisión (5 psiquiatras, 5 identificados sólo como médicos, un neurofisiólogo y un médico-sexólogo). Se considera importante señalar que en tres de los documentos aparece el mismo médico psiquiatra, y en los dos documentos donde aparece un criminólogo, también es el mismo criminólogo en ambos programas.

Se advierte que detectar hablantes en un programa televisivo en sí no significa más que consignar lo evidente, lo que interesa



IMAGEN 2. Nube de palabras frecuentes en los documentos.

es su ordenación jerárquica, es decir, el sistema logonómico² que hace que ciertas voces se legitimen y otras no.

Modelo explicativo

En la tabla 2 se presentan las frecuencias y en la figura 1 los porcentajes de los modelos explicativos encontrados. Se puede observar que sólo en el 60% de los documentos se menciona algún tipo de explicación causal para el tema que se aborda. Entre los que sí abordan algún tipo de explicación, predomina en más de la mitad del total de los hablantes (56%) una explicación causal desde el modelo biomédico, caracterizado por una explicación basada en el funcionamiento neuroquímico, por una alteración en la química cerebral de causa genética o por abuso de sustancias, por ejemplo: la personalidad psicópata por consumir drogas durante el embarazo; la ludopatía por una vulnerabilidad genética y cerebral; la obesidad como mecanismo de reacción y de recompensa de la dopamina; la celotipia “*por un incremento en la liberación de dopamina y cambios en la liberación de serotonina asociados con un cambio notable en la expresión de la hormona llamada vasopresina*”, entre otros. En estos casos se encuentra también en la construcción lexical de los hablantes lo que podríamos llamar antropomorfización del cerebro, ya que se atribuyen acciones al cerebro tales como “*el cerebro piensa que*”, o “*el área del cerebro llamada giro del cíngulo interpreta las emociones de tal manera que...*”, “*El cerebro aprendió a asociar el placer con la comida...*”, “*el cerebro genera sus propias preguntas y respuestas, como si lleváramos una conversación*”, entre otros.

Las explicaciones multicausales sólo aparecen tres veces: una para el insomnio, una para el alcoholismo, otra para trastornos alimenticios. La explicación social o interpersonal se presenta para el bullying y para el síndrome de Estocolmo. La psicoanalítica una vez para la neurosis y la cognitiva 1 vez para obesidad en trastornos alimenticios. s

Intervención propuesta

En la tabla 3 y en la figura 2 se muestran los resultados correspondientes a este código. Como se puede observar, nuevamente predomina la propuesta de manejo o intervención desde el modelo biomédico (41%) refiriéndose al uso de fármacos o a la intervención quirúrgica. El 22% proponen la combinación de fármacos con otro tipo de tratamiento. Los hablantes que recomiendan el tratamiento farmacológico lo indican para la esquizofrenia, la depresión, la celotipia, las fobias, el alcoholismo, la ludopatía y la obesidad. Uno indica la intervención quirúrgica-cerebral para trastornos alimenticios.

Los tratamientos combinados (fármacos más otro tratamiento) los indican para la ansiedad generalizada, insomnio,

² Los sistemas logonómicos son un conjunto de reglas que prescriben las condiciones para la producción y recepción de significados. Especifican ‘quién’ afirma iniciar o conocer significados sobre ‘qué’ tema ‘bajo qué circunstancias’ y ‘con qué modalidades’. Un sistema logonómico es en sí mismo un conjunto de mensajes, parte de un complejo ideológico pero que sirve para hacerlo inequívoco en la práctica (Rodríguez, 2012).

TABLA 1. Identidad del hablante por frecuencia.

Médicos	12
Periodistas	7
Psicólogos	5
Criminólogos	2
Psíquica canalizadora	1
Creadora de proyectos de vida y economista	1
Abogado	1
Especialista en recursos humanos	1
Psicoterapeuta	1
Una voz que narra sin ocupación definida	1

TABLA 2. Modelo explicativo por frecuencia y porcentaje.

Biomédico	9 (33%)
Multicausal	3 (11%)
Social o interpersonal	2 (7%)
Psicoanalítico	1 (3%)
Cognitivo	1 (3%)
Sin información	11 (40%)

esquizofrenia, alcoholismo y obesidad. Aquí también se incluyó el tratamiento farmacológico combinado con reclusión para el caso de personalidad psicópata.

La intervención social o interpersonal lo propone el especialista que habla de *bullying* y el que habla de conducta disocial. En ambos, el tema se aborda para el caso de niños y los especialistas de los dos documentos proponen intervenciones que incluyan a los padres o a la familia.

La reclusión es mostrada en uno de los programas clasificados como drama, donde se aborda el tema de la personalidad psicópata. Una especialista que habló de la personalidad psicópata indicó que ésta era intratable.

Los datos obtenidos en este rubro son relevantes con respecto a los modelos explicativos. Se observa, que se propone un tratamiento biomédico, aunque el modelo explicativo no sea biomédico. Asimismo, se encontró que el tratamiento biomédico lo proponen hablantes que no corresponden a esta área.

TABLA 3. Tipo de manejo o Intervención enunciado.

Biomédico	11
Biomédico más otro	6
Social o interpersonal	2
Reclusión	1
Intratable	1
Sin información	5
Sólo indica rehabilitación	1

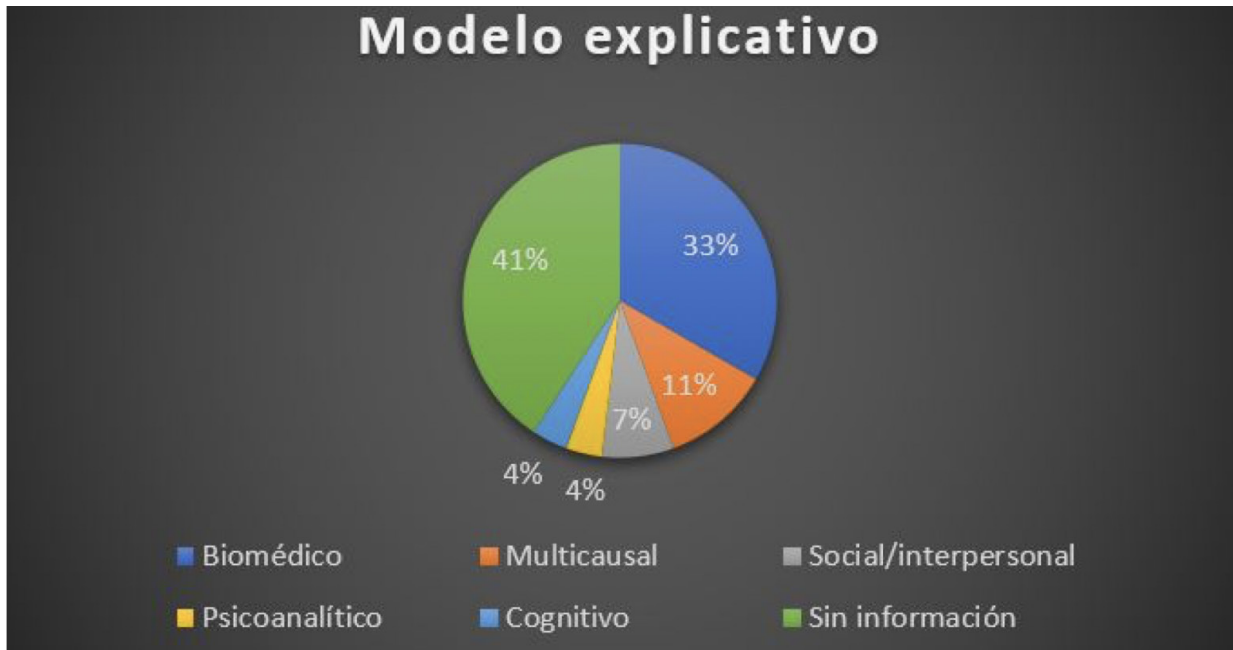


FIGURA 1. Modelo explicativo causal.

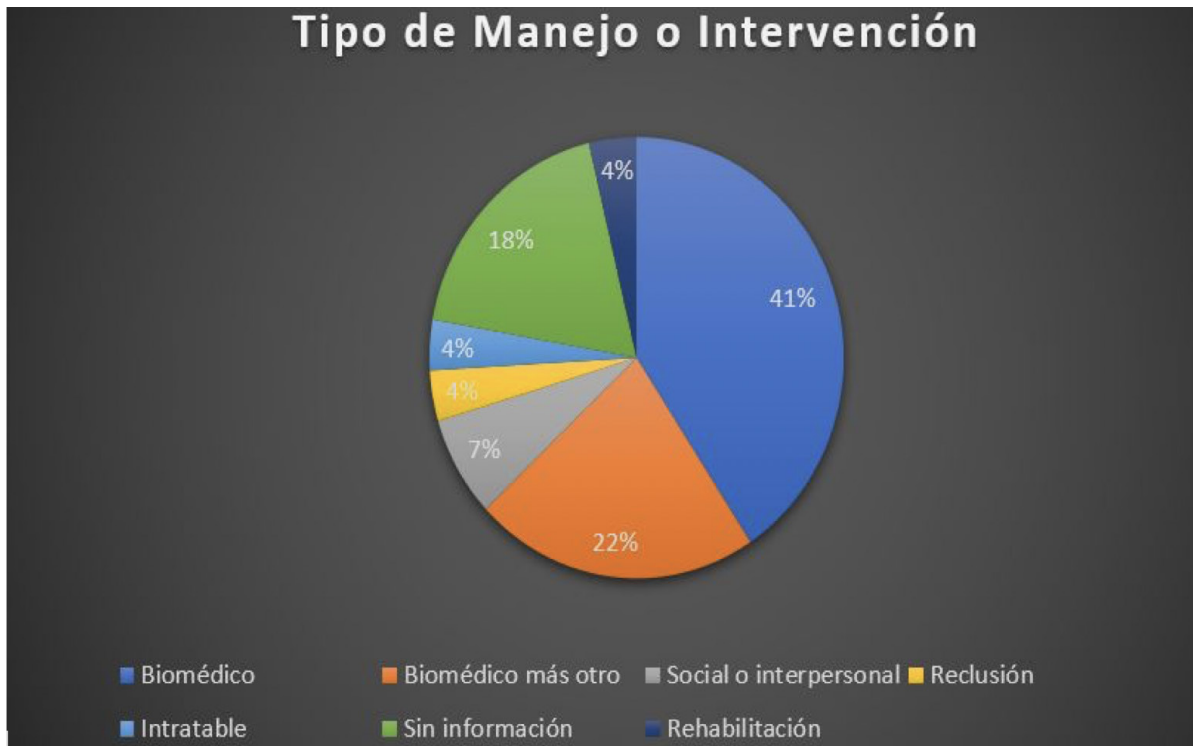


FIGURA 2. Porcentajes de documentos por Tipo de Manejo o intervención propuesta.

Representación visual

Con respecto a los aspectos visuales, la retórica de la imagen se expone como ilustración del discurso de los hablantes, representativa del espacio de producción del discurso y estigmatizante en cuanto a la representación de la persona que experimenta el problema.

Las imágenes (modo visual) asociadas en unidad de tiempo con respecto a la palabra hablada (modo verbal) se pueden clasificar en tres grupos: las que se centran en la persona que padece, las que se centran en el experto que habla (la imagen de los reporteros no predomina nunca en el modo visual, aunque sí en el modo verbal) y las que muestran objetos.

Cuando la imagen representa a la persona que padece el trastorno predominan a) sólo la cara con rostro oculto o pixelado, y cuando se ve el rostro con claridad son actores, entrevistados de ocasión o personas conocidas en el medio artístico, excepto en un programa de entretenimiento donde sí se ve el rostro de la persona entrevistada y b) El cuerpo incompleto (generalmente sólo el tronco y se omite la cabeza), sólo manos, sólo ojos. Se maximiza la delgadez o la obesidad. Es frecuente el uso de la imagen en tonalidades grises en toda la pantalla.

En cuanto expresiones en la persona que padece: mirada perdida, desesperación, boca abierta a veces babeando, manos cubriendo su cara o en la cabeza, sentados en el piso recargados en la pared, en varios se enfatizan los ojos (desorbitados o mirada hacia el frente con la cabeza inclinada hacia abajo). Hay llanto, gritos, cuerpo contenido por alguien o por algo. Las imágenes son en su mayoría ficticias (dramatizaciones, ilustraciones temáticas, fotografías de películas o de imágenes tomadas de sitios web), cuando se presentan como situaciones reales se tiende a ocultar el rostro de la persona.

Los lugares no son visiblemente frecuentes, pero cuando aparecen en la imagen, son habitaciones de una casa, salas montadas en estudios de televisión, cárceles o rejas, un parque, hospitales, consultorios, cuartos de color gris u oscuros, cuartos con paredes acolchonadas, oficinas, la calle.

Los objetos asociados con la persona que padece el trastorno son: camisa de fuerza (4 veces), uniforme de presidiario, uniforme de militar, bata de baño que se incendia, ropa de calle (23 veces), ropa interior (4 veces), jeringa sostenida por alguien más que no aparece a cuadro (2 veces), venda en los ojos, en las manos traen marihuana, mona, droga, una araña sobre la cara, parche en el ojo, una cabeza cubierta con un bombín, bozal, sangre (2 veces), pastillas, escoba y guantes, maquillaje corrido, dibujos digitales de extraterrestres, peluca de payaso.

Cuando la imagen se centra en el hablante especialista: la mayoría son hombres vestidos con saco a veces con corbata, algunos con bata blanca y se coloca un rótulo en la parte inferior de la pantalla con su nombre y especialidad u ocupación. Los espacios en los que se presentan los hablantes son consultorios, clínicas o un set de grabación o de emisión del programa. Generalmente sentados a modo de entrevista o consulta. La imagen acredita visualmente la categoría de “experto” en el tema.

Cuando la imagen asociada al habla del especialista es un objeto, predominan frecuentemente fotografías o imágenes digitales o animaciones del cerebro donde se muestran transparencias, destellos, líneas que marcan áreas cerebrales o flujos que simulan actividad neuroquímica amplificada.

Representar visualmente un trastorno psicológico resulta complejo, ya que se trata de situaciones que no suelen cambiar el aspecto físico de las personas. Esta ausencia de rasgos propios suele suplirse con imágenes sensacionalistas y erróneas, que dañan la visión de las personas afectadas, las estigmatiza incluso las ridiculiza.

CONCLUSIONES

El análisis multimodal permite identificar el entrecruzamiento de los aspectos analizados y la relevancia del detalle en los modos de expresión involucrados, asimismo permite configurar diferentes posibilidades de interpretación por parte de la audiencia o del espectador si se separa el modo visual del verbal pero que, bajo el análisis multimodal, adquiere ciertos límites en su potencial de significado cuando los modos se juntan, como lo es el ejemplo de que sea un médico-psiquiatra que habla del asunto como una enfermedad, causada por el cerebro, que se trata con fármacos, al tiempo que aparece una imagen (que depende más del personal de producción y edición) del cerebro o de una persona sumamente afectada. En este estudio se encuentran estas regularidades y coinciden con los hallazgos de estudios similares en otros países. Una es el predominio de un enfoque teórico biomédico-psiquiátrico individualizante tanto a nivel explicativo-informativo como para la intervención, la cual es dirigida hacia el consumo de fármacos. Asimismo, se observa la escasa participación de psicólogos y cuando aparecen, también plantean una explicación neurocentrista. Además, las intervenciones psicológicas y los modelos explicativos psicosociales son una excepción o están ausentes.

En consonancia con lo anterior, la forma en que se presenta el tema de estudio en los medios tiende a ser “noticia” cuando de trastornos severos se trata, obsérvese que del total de trastornos categorizados se abordan principalmente aquellos que pueden estar asociados con daños físicos personales o hacia terceros y donde se infringen las leyes. Lo anterior conforma falsas creencias sobre el sufrimiento psicológico y estereotipos sobre las personas que padecen (‘trastornados’ que son temidos, rehuidos, rechazados, causantes de vergüenza, castigados, causantes de delitos) que, a pesar de ser descritos por los médicos como enfermos, en el dato visual o en la dramatización se presentan como delincuentes, además la persona como tal no se presenta (en su diversidad, en su totalidad, con su voz), sólo se presenta como enferma o trastornada.

Por otro lado, se identificó un posible conflicto de interés que pudiera estar asociado con el diseño y la producción de los programas estudiados dado que es frecuente encontrar al final de su emisión, como se señaló antes, la recomendación para comprar algún servicio o producto. Y aunque los programas que se emplearon para realizar este estudio provienen de canales de televisión abierta, es necesario señalar que pertenecen a empresas privadas. Pero ¿qué podría estar informando esto? ¿Por qué no aparecen, por lo menos en situación de igualdad, las explicaciones psicológicas, sociales o contextuales sobre el sufrimiento psicológico? ¿por qué o para qué individualizar e interiorizar un trastorno? ¿es el cerebro y su funcionamiento el que rige el sentir y el actuar humano? Asimismo, como psicólogos, se conoce que existen opciones dentro del área de la Psicología clínica como alternativas de tratamiento para las personas que atraviesan por situaciones problemáticas que los trastornan ¿por qué se privilegia en el medio televisivo el consumo de fármacos?

La respuesta a estas interrogantes es complicada y es todo un tema de estudio por sí mismo, sin embargo, se considera

que alguna respuesta probablemente tendrá que ver con asumir una perspectiva analítica macro donde se analice la hegemonía del modelo médico. Como lo plantean Pareja (2010) y Williamson (2003) la oferta programática actual, la estructura y contenidos de la televisión en México, son una expresión de la relación entre el sistema político y el mediático; relación que ha priorizado históricamente el desarrollo económico más que el desarrollo democrático del país. En este sentido, Pareja (2010) menciona que

“...la oferta programática actual muestra, por un lado, la predominancia de un modelo comercial en el que prevalecen el entretenimiento y la ficción, dando como resultado poca variedad en la programación, y por el otro, un espectro reducido a [...] emisores que tienen la posibilidad de contar su versión de la realidad sin establecer diálogo alguno con las audiencias, [...] bajo una lógica estrictamente mercantil” p. 129

Los retos son muchos, la influencia de los medios de comunicación masiva en la vida cotidiana permite que a través de ellos se impongan medicamentos, enfermedades y tratamientos. Por ello, desarrollar políticas para el manejo de estos temas en los medios de comunicación masiva resulta entonces una prioridad. Aunado a lo anterior, se considera importante orientar a los profesionales de la salud mental sobre la importancia de su participación en la planeación y desarrollo de políticas de salud mental que regulen el buen uso de la información que se genera en los medios.

REFERENCIAS

- Barthes, R. (1986). *Elementos de semiología*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo. Trabajo original publicado en 1968.
- Beltrán-Ruiz, L. y Mandujano-Vázquez, S.C. (2018). *Manual digital para el mejoramiento de la enseñanza de la Psicología discursiva. Una guía para la investigación de habla, texto e imagen del discurso sobre lo psicológico*. Proyecto PAPIME PE305217, México: DGAPA-UNAM
- Byrne, P. (2003). Psychiatry and the media. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(2), 135-143. Recuperado de: <http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/9/2/135>
- De la Fuente, R. (2012). Impacto de la globalización en la salud mental. *Gaceta Médica de México*, 148, 586-590
- Diefenbach, D. (1997). The portrayal of mental illness on prime-time television. *Journal of Community Psychology*, 25(3), 289-302
- FEAFES (2003). *Salud mental y medios de comunicación: manual para entidades*. Blog de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad mental. Recuperado de: <http://www.feafesgalicia.org/pdf/Manual%20para%20Entidades.pdf>
- Gergen, K. (2006). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. México: Trillas
- Gobierno Federal (2020). Versión estenográfica. Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador del 2 de diciembre de 2020. Recuperado de: <https://www.gob.mx/presidencia/es/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-del-2-de-diciembre-de-2020?idiom=es>
- González, H & Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales ¿escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial
- Hawton K, & Williams K. (2002). The influence of media on suicide. *BMJ* 325: 1374-1375
- Kress, G. & van Leeuwen, T. (2001). *Multimodal discourse. The modes and media of contemporary communication*, Londres: Arnold.
- Lissman, T.L. & Boehnlein, J.K. (2001). A critical review of internet information about depression. *Psychiatr Serv.*, 52(8), 1046-1050
- Menéndez, S. (2012). Multimodalidad y estrategias discursivas: un abordaje metodológico. *Revista Latinoamericana de Estudios del Discurso*, 12(1), 57-74. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5959013.pdf>
- Muñoz, M; Pérez, E; Crespo, M & Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Complutense. Recuperado de: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma_y_enfermedad_mental._analisis_del_rechazo_social_que_sufren_las_personas_con_enfermedad_mental.pdf
- Navarro, M. (2013). *Las personas con trastornos mentales graves y los medios de comunicación. Recomendaciones para una información no estigmatizante*. Andalucía: Dirección General de Personas con Discapacidad. Recuperado de: http://www.ciapat.org/biblioteca/pdf/905-Las_personas_con_trastornos_mentales_graves_y_los_medios_de_comunicacion_recomendaciones.pdf
- Nielsen IBOPE México (2017). *Top 15 por canal- Programas seriados*. Pagina web. Recuperado de: <https://www.nielsenibope.com/top-tv/>
- Nunnally, J. (1957). A Comparison of the opinion of experts and the public with mass media presentations. *Behavioral Science*, 2, 222-230.
- Pareja, N. (2010). Televisión y democracia. la televisión abierta y su oferta en la ciudad de México. *Andamios*, 7(14), 101-135. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632010000300005
- Rodríguez, T. (2012). Blog Digital cultures & Translation. Recuperado de: <https://digitalculturesandtranslation.wordpress.com/>
- Sampietro, H. (2010). Enfermedad Mental y Violencia en los Medios de Comunicación. ¿Una asociación ilícita? *Quaderns de Psicologia*, 12 (1), 95-107.
- Toledo, N. (2008). Fármacos y series de televisión. *E-farmacéutico. Comunitario: Revista de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria*, 3(2), 8.
- Toussaint, F. (2009). Historia y políticas de televisión pública en México. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 51(206), 105-118. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/view/41036/37332>
- Williamson, R. (2003). Situación comunicativa y estructura genérica en la telenovela mexicana. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Estudios de Discurso*, 2, 1-13.
- Williamson, R. (2007). El diseño de un corpus multimodal. *Estudios de lingüística aplicada*, 46, 207-231. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/486068>

Diabetes: una oportunidad a la vida. La filosofía de la diabetes, una propuesta cognitiva

Diabetes: an opportunity for life The philosophy of diabetes, a cognitive proposal

MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ¹, LILIA MESTAS HERNÁNDEZ¹,
MARÍA LUISA PONCE LÓPEZ², ALEJANDRO ZARCO VILLAVICENCIO²,
IRMA ARACELI ABURTO LÓPEZ¹ Y BERNARDO ADRIÁN ROBLES AGUIRRE^{2,3}

RESUMEN: La diabetes continúa representando uno de los principales problemas de salud que enfrenta la sociedad actual. Con la finalidad de facilitar su comprensión, explicación y con ello, favorecer su control, se ha propuesto conceptualizarla de diferentes maneras y aunque los esfuerzos son encomiables, la existencia de varias propuestas, lejos de promover el control de la enfermedad, ha puesto en evidencia la falta de consenso teórico. No obstante, en esta condición se observa un tema de convergencia: la necesidad de modificar los estilos de vida. La modificación de estilos de vida se ha intentado, también, en diferentes perspectivas sin lograr lo cometido. Con la finalidad de contribuir en la consecución de este propósito, se presenta una propuesta cognitiva para modificar un elemento sustancial y particular para la modificación de los estilos de vida: la resignificación de creencias. Para tal efecto, se realiza un análisis sobre: alianza terapéutica, seguimiento, apego, obediencia, cumplimiento y adherencia terapéutica, estilo de vida, cultura, creencias y resignificación de creencias y la propuesta de resignificar la diabetes como una oportunidad a la vida.

Palabras clave: diabetes, cultura, creencias, cognición, resignificación.

ABSTRACT: Diabetes continues to represent one of the main health problems facing today's society. In order to facilitate its understanding, explanation and thus, favor its control, it has been proposed to conceptualize it in different ways and although these efforts are commendable, the existence of several proposals, far from promoting the control of the disease, has highlighted the lack of theoretical consensus. Despite this condition, a convergence theme is observed: the need to modify lifestyles. The modification of lifestyles has also been tried in different perspectives without success. In order to contribute to the achievement of this purpose, a cognitive proposal is presented to modify a substantial and particular element for the modification of lifestyles: the resignification of beliefs. For this purpose, an analysis is carried out on lifestyle, culture and beliefs and the resignification of beliefs and the proposal to "resignify" diabetes as an opportunity to life.

Keywords: diabetes, culture, beliefs, cognition, resignification.

¹Carrera de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

²Carrera de Médico Cirujano, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

³Posgrado en Ciencias Antropológicas, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
Correo electrónico: mcardoso@unam.mx

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una condición de salud que ha causado mucho deterioro a la mayoría de las personas que la padecen. Esto no debiera estar sucediendo porque desde hace aproximadamente tres décadas se cuenta con el conocimiento científico y la tecnología suficientes para evitarlo. Muchas iniciativas se han propuesto y desarrollado, empero, no se ha logrado su control. En este escrito se analizan varios elementos que están propiciando esto.

Con la finalidad de orientar la actividad clínica de atención a la diabetes, se han propuesto varios conceptos, entre otros: alianza terapéutica, seguimiento, apego, obediencia, cumplimiento y adhesión. Sin embargo, tantas definiciones lo que han propiciado es confusión, porque son entendidas y manejadas de manera indiferenciada.

Otra explicación es que las definiciones son tautológicas y circulares. Se han propuesto múltiples definiciones para criticar la pasividad que asume quien tiene diabetes, ante el plan de tratamiento para controlar su enfermedad. Dicha pasividad es, entre otros, propiciada y promovida por el uso del término paciente para denominar a esa misma persona. Aun cuando se ha criticado el uso del término paciente, las diferentes definiciones lo utilizan, fomentando con ello la pasividad del enfermo, es decir, lo que se pretende evitar.

Otro elemento que está influyendo en la falta de control de la diabetes es la conceptualización de estilos de vida. Una coincidencia en las definiciones de adherencia, además de ser tautológicas y circulares, es el resaltar la importancia de modificar los estilos de vida. Si bien, esto es básico, también se presenta un problema de conceptualización.

Se presentan dos posturas: considerarlos como conductas individuales, por lo que, en consecuencia, se conciben como factores de riesgo. La otra postura es concebirllos como patrones de comportamiento colectivos de salud, que se configuran a partir de diferentes elecciones que hacen los seres humanos y están condicionados por las oportunidades de vida que les brinda el contexto social y cultural en que se desarrollan y se definen por los valores, personalidades, normas, actitudes, hábitos y conductas de cada individuo. En esta segunda postura se consideran importantes las creencias culturales de la persona por ser un elemento central para la modificación de los estilos de vida, porque son como una fuerza invisible que mueve a los seres humanos como seres humanos y no simplemente como cuerpos humanos.

En congruencia con la segunda postura, con la finalidad de propiciar un cambio en los estilos de vida se considera fundamental resignificar las creencias sobre la fatalidad de la diabetes que predominan en el medio social de la persona que la padece. Y para la consecución de esto, se presenta una propuesta: *Diabetes: una oportunidad a la vida. La filosofía de la diabetes*, una propuesta cognitiva que agrupa los componentes emocionales y conductuales bajo la conducción cognoscitiva. Se centra en la identificación y resignificación sistemática de estructuras informacionales cognitivo-afectivas,

relacionadas con la filosofía de vida, los valores, los esquemas motivacionales y el sistema general de creencias de la persona.

Panorama epidemiológico

La diabetes mellitus (DM) es la cuarta causa de defunción entre las enfermedades no transmisibles, solo por debajo de las enfermedades cardiovasculares como la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma (Organización Mundial de la Salud, 2018). A nivel mundial la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2019) estima que en 2019 había 463 millones de personas con diabetes y que esta cifra puede aumentar a 578 millones para 2030 y a 700 millones en 2045.

En México, durante 2018 de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2019) había 82 767 605 personas de 20 años y más en el país, de las cuales 10.32% (8 542 718) reportaron contar con un diagnóstico médico previo de diabetes mellitus. Por sexo, 13.22% (5.1 millones) de las mujeres y 7.75% (3.4 millones) de los hombres de 20 años y más tenían de este diagnóstico, es decir, la enfermedad está más presente en las mujeres que en los hombres.

Se observa un incremento del diagnóstico de la enfermedad conforme aumenta la edad, ya que a nivel nacional, el 25.8% de la población de 60 a 69 años (2.3 millones de personas) declaró contar con un diagnóstico previo de diabetes.

En el caso de las mujeres, en este grupo de edad se presenta la prevalencia más alta, con 35.6% (1.4 millones). Es en los hombres del grupo de 70 y más años donde se concentra la prevalencia más alta, 18.4% de casos con diagnóstico previo de diabetes (714 mil personas). En México, de acuerdo con los datos de mortalidad para 2020, se reportaron 1 086 743 fallecimientos, de los cuales 14% (151 019) correspondieron a defunciones por diabetes mellitus. De estas, 48% (72 095) ocurrieron en mujeres y 52% (78 924) en varones (INEGI, 2021).

Alianza terapéutica, seguimiento, apego, obediencia, cumplimiento y adhesión

La diabetes es una enfermedad totalizante y discapacitante, ya que sus consecuencias, además de ser físicas, afectan el ámbito personal, familiar y social, lo que modifica el estilo de vida de las personas que la padecen, en consecuencia, su control es prioritario (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2019). Para lograrlo, se han propuesto varios conceptos, entre otros: alianza terapéutica, seguimiento, apego, obediencia, cumplimiento y adhesión (De la Cruz y Flores, 2021 y Martin et al, 2004).

A partir de la década de los 70 del siglo pasado, al concepto adherencia se le concedió mayor importancia, siendo a la fecha el más utilizado (Ortego, Flores y Álvarez, 2004. Citados en Reyes et al, 2016). Sin embargo, este concepto, y los mencionados anteriormente, no han logrado, de forma definitoria, orientar las acciones para el control de la DM.

Al parecer las definiciones no han sido lo suficientemente perspicuas. Esto se debe a:

1) La propuesta de múltiples definiciones que, lejos de lograr el consenso para la conducción de las acciones para regular y controlar de la diabetes, lo que ha logrado es generar confusión. Esto se debe, entre otros, al uso indiferenciado e indiscriminado de las definiciones. En la práctica terapéutica se han utilizado indistintamente los términos apego, cumplimiento y adherencia; el apego es la noción que subyace a los dos últimos (Ehrenzweig, 2007).

2) Otra razón es que las definiciones son tautológicas, es decir, son enunciados “que, con otras palabras, repiten lo mismo que ya se ha dicho, sin que aporten nueva información” (Real academia española, 2021). Por ejemplo, la definición que presenta Buitrago, (2011:343): “La adherencia entendida como el grado de seguimiento de las recomendaciones dadas por el médico constituye un elemento clave en el control de las enfermedades crónicas y también de los principales factores de riesgo cardiovascular. El término adherencia o cumplimentación terapéutica incluye tanto el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, como el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas o la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes”. En esta definición se usan los términos cumplimiento y seguimiento para definir adherencia.

O bien, la definición de Haynes (1979) y Sackett et al. (1975): adherencia es el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden. Esta definición ha tenido amplia aceptación (Ortega et al, 2018; Reyes et al, 2016; López et al, 2016), no obstante, se recurre al término seguimiento para definir adherencia.

Nogués et al, (2007), propusieron que la adherencia engloba dos conceptos: el de cumplimiento de dosis y la forma de administración (compliance para los anglo-sajones) y la persistencia en la duración del tratamiento prescrito. En esta definición se utiliza el término cumplimiento para definir adherencia.

En estas definiciones se utilizan los términos seguimiento, apego y cumplimiento para definir adherencia, aun cuando dichos términos tienen su propia definición. El concepto adherencia se creó para superar las limitaciones de los conceptos seguimiento, apego y cumplimiento, y en estas definiciones se usan estos últimos para definir el concepto que debería superarlos.

Con la finalidad de elucidar el problema conceptual, la Organización Mundial de la Salud (2004, p. 3), define adherencia como “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. En esta definición también se utiliza el término seguimiento para definir adherencia, confirmando la tautología.

3) También se debe a que las definiciones son circulares: concluyen asumiendo como respuesta alternativa lo mismo que iniciaron criticando, verbigracia, el término paciente. El motivo principal que ha propiciado la construcción de múltiples definiciones, es la crítica a la pasividad que asume quien tiene diabetes, ante el plan de tratamiento para controlar su enfermedad. Dicha pasividad es, entre otros, propiciada y promovida por el uso del del término paciente para denominar a esa misma persona.

El uso del término paciente, para quienes tienen diabetes, ha conducido a los profesionales a suponer que se les debe obediencia por la autoridad conferida por un título profesional. Por tal motivo, confían el éxito de su participación en la disciplina y obediencia del paciente, asumen que el paciente es pasivo, que es el destinatario conformista de los consejos de expertos (Mercado, 1996).

Aun cuando se ha criticado el uso del término paciente, las diferentes definiciones lo incluyen, promoviendo con ello la pasividad del enfermo, paradójicamente, lo que se pretende evitar. Como indica Mensing (2014) cumplimiento implica una conducta pasiva del paciente y activa del médico y/o personal sanitario, lo que conduce a culpar sólo a una de las dos partes, que, por lo general, a quien se le atribuye la responsabilidad es a quien tiene la enfermedad.

Esto se observa en la definición de alianza terapéutica: se incluye el término paciente. Por ejemplo: “El psicólogo deberá evaluar si una intervención psicoterapéutica, sola o en combinación con una intervención psicofarmacológica, resulta indicada para un determinado paciente afectado por alguna clase de patología mental” (Andrade, 2005. p 12).

En las definiciones de adherencia terapéutica también se emplea el término paciente, verbigracia, la adherencia terapéutica implica que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones concertadas por el profesional sanitario y el paciente (Ortega et al, 2018). En la misma línea de pensamiento, García-Quintanilla et al. (2020, p. 61) mencionan: la adherencia no debe ser vista como un problema únicamente del paciente; también debe ser responsabilidad del personal de salud, ya que ellos deben ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento para mejorar sus efectos. Esta definición resalta tanto la participación activa de la persona con DM, como la responsabilidad del médico para crear una adecuada comunicación que facilite la toma de decisiones compartidas, en consecuencia, este concepto comprende responsabilidad de ambas partes: paciente y médico (Ortega et al, 2018).

En este mismo sentido, Haynes y Sackett definieron adherencia como “la medida con la que el paciente modifica su conducta, orientándola hacia la ingesta del medicamento o a las medidas recomendadas por el médico” (Citados por Ortega, 2018, p. 227).

El propósito de las definiciones mencionadas anteriormente es contrarrestar la pasividad que se le adjudica a la persona que tiene diabetes, sin embargo, al incluir el término paciente, dicha pasividad la están promoviendo.

La existencia de tantas propuestas, lejos de coadyuvar a la consecución del control de la DM, ha puesto en evidencia la complejidad del problema y la falta de consenso teórico. Ante esta condición, y con el propósito de moderar el uso del término paciente se ha propuesto concebir, además de la enfermedad, el padecimiento (Cardoso et al, 2014). En México se conciben la enfermedad y el padecimiento como sinónimos, por lo que se usan indistintamente, solo para evitar la cacofonía. Sin embargo, cada uno de estos términos alude a una condición diferente de la diabetes. En inglés, suele utilizarse la palabra *disease* para referirse a enfermedad e *illness* para padecimiento.

La distinción no responde a extravagancias académicas, sino que se hace alusión a dos condiciones distintas de vivir una enfermedad: la medicina científica ubica la causalidad en los procesos biológicos, para lo cual se apoya en la anatomía, la patología, la fisiopatología, la microbiología, la endocrinología, la nutrición y, más recientemente, en la biología molecular, y así explica la enfermedad, a partir de las variables biológicas medibles, con base en datos derivados del examen de la estructura o función corporal detectados (Engel, 1997).

En cambio, padecimiento es la forma en cómo la persona vive y afronta esa condición denominada enfermedad, es “el conjunto de vivencias cotidianas que el individuo construye y experimenta a partir de alteraciones orgánicas, psicológicas y sociales” (Barragán, 1999), además de las económicas y culturales.

La atención a la diabetes debe implicar tanto la enfermedad como el padecimiento. En consecuencia, Cardoso et al (2014) presentaron una propuesta conceptual denominada “Padeciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas”, que propone diferenciar entre enfermedad y padecimiento, denominando paciente a la persona cuando se atiende la enfermedad y padeciente cuando se atiende el padecimiento.

Atender la enfermedad implica la atención de los signos y síntomas fisiológicos y atender el padecimiento implica considerar preocupaciones, miedos, creencias, expectativas, emociones y sentimientos, así como las repercusiones de la enfermedad en la vida cotidiana del padeciente.

Se definió padeciente como: la persona con una enfermedad crónica no transmisible que vive tres condiciones diferentes de su estado de pérdida o desequilibrio del funcionamiento de su organismo: los signos y síntomas que presenta el cuerpo biológico (enfermedad), las características psicológicas (cognitivas, emocionales y comportamentales) y las socioculturales (dónde, cómo y con quién vive y se relaciona).

No obstante lo anterior, aunque existe confusión, las diferentes definiciones de adherencia comparten la noción de cambios en el estilo de vida.

Estilo de vida

De acuerdo con Menéndez (1998), el concepto de estilo de vida se utilizó inicialmente por las ciencias sociohistóricas para

referirse al análisis de las características y los comportamientos socioculturales de conjuntos como clases sociales o grupos nacionales. Posteriormente este concepto es utilizado en el ámbito de la salud con el propósito de producir un concepto holístico que, con base en las dimensiones materiales y simbólicas facilitara la articulación entre la estructura social con los grupos intermedios expresados en personas cuyo comportamiento se caracterizaba por un determinado estilo creado en la vida cotidiana personal y colectiva. Se esperaba que por medio del sujeto/grupo podría observarse la globalidad de la cultura expresada mediante estilos particulares.

Pero la utilización biomédica separó el padecimiento de los procesos culturales y sociales en que se desarrollaba, y utilizó el concepto estilo de vida para describir rasgos específicos de comportamientos relacionados con determinadas enfermedades crónicas. Este concepto no sólo fue utilizado para describir rasgos aislados, sino que redujo su aplicación al estudio e intervención de determinados padecimientos reduciéndolos a conducta de riesgo. Al apropiarse del concepto, la práctica biomédica se ejerció sobre la noción de que el sujeto puede elegir y actuar en términos intencionales y responsables (Menéndez, 1998).

El estilo de vida considera los comportamientos sociales y culturales en un contexto de orden macrosocial, incorpora modelos sociales, definidos por los valores, personalidades, normas, actitudes, hábitos y conductas de cada individuo (Burrelo et al., 2020). Por tanto, se debe sustituir la perspectiva individual que considera los estilos de vida como una decisión racional y personal, por otra que vislumbre las condiciones materiales, sociales y culturales que favorecen la adopción de los comportamientos, con lo que se dejaría de responsabilizar a los individuos por su mala salud (Álvarez, 2012).

Los estilos de vida son patrones de comportamiento colectivos de salud, que se configuran a partir de diferentes elecciones que hacen los seres humanos y están condicionados por las oportunidades de vida que les brinda el contexto en que se desarrollan (Cockerham, 1997).

Según Bourdieu, (Citado por Álvarez, 2012) las personas de una misma clase social tienden a compartir los mismos estilos de vida, como los gustos por ciertos alimentos, deportes o hobbies, porque comparten las mismas oportunidades de existencia. Los hábitos se organizan con las aspiraciones y expectativas individuales para corresponder con las posibilidades objetivas para alcanzarlas.

La repercusión de este concepto estriba en que propone que los sujetos/grupos pueden o no elegir sus propias decisiones, con base en sus condiciones estructurales de orden económico y cultural (Menéndez, 1998). En esta noción es insoslayable considerar la cultura de la persona para promover el cambio en los estilos de vida. Empero, para tal efecto, es pertinente reflexionar sobre el significado de este concepto.

Cultura y creencias

Cultura no es únicamente el conjunto de manifestaciones superiores del espíritu, que hace referencia al desarrollo

intelectual de un individuo o grupo de individuos, el cual está asociado a su pulcritud y a su progreso social y económico y que la herencia cultural recuenta las obras arquitectónicas, plásticas, musicales o literarias monumentales de nuestros antepasados; esta noción es la que permea nuestra sociedad.

El concepto cultura también incluye otros componentes. Es “el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar” (Harris, 2011, p. 20).

La cultura ejerce presión y modifica social, cultural y psicológicamente a los individuos: es una fuerza invisible y controladora que configura y conduce el comportamiento de las personas, que, para el caso de quienes padecen DM, ejerce un control para configurarlos y conducirlos a desarrollar una disposición contraria a la requerida por el plan de tratamiento biomédico actual (Cardoso, 2006).

La cultura incluye el conocimiento y las creencias adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad (Tylor, 1975, citado por Harris, 2011). En este sentido, las creencias son un elemento central para la modificación de los estilos de vida porque “las ‘fuerzas’ que mueven a los seres humanos como seres humanos y no simplemente como cuerpos humanos... Son ideas, sentimientos y motivos Internos” (Douglas, 1970b, citado por Taylor y Bogdan, 1987, p. 16).

El término creencia tiene dos connotaciones. La primera es epistemológica: la de idea o creencia reflexiva, la cual suele relacionarse con conocimiento o saber porque se sustenta en razones objetivamente suficientes. La segunda es de carácter psicológico: la de idea o creencia como disposición a la acción. Esta última puede caracterizarse como una verdad subjetiva que es asumida por convicción y es emocional, que ofrece certeza y motivos para actuar; son ideas ya asumidas por la sociedad y con las que la persona, durante su desarrollo, se encuentra y adopta como interpretación de la realidad (Diez, 2017). El contenido de las creencias [psicológicas] alude al mundo o al sí mismo, no se refiere a lo que tenemos sino a lo que somos (Ortega y Gasset, 2010).

Para que las creencias de carácter psicológico puedan ejercer su influencia, es condición indispensable que las personas las hayan aceptado, porque este consentimiento se ampara en un sentimiento de seguridad o confianza en que lo creído es verdadero. El consentimiento está determinado tanto cognitiva como emocionalmente. Cognitivamente mediante el conocimiento de pruebas y razones a favor y en contra de la creencia y emocionalmente porque se expresa mediante el grado de seguridad que el sujeto tiene sobre la veracidad de su creencia (Diez, 2017).

Las creencias se aceptan por convicción porque tienen una importancia vital, satisfacen los fines y dan sentido a la existencia, en consecuencia son las que orientan acciones necesarias para la vida (Villoro, 1982), en este contexto, es importante reconocer que las creencias no están relacionadas necesariamente con las interpretaciones del discurso médico y en ocasiones pueden diferir por completo, ya que derivan de

las formas en cómo el grupo social se enfrenta y se ajusta a sus preocupaciones e intereses (Fitzpatrick, 1990).

Resignificación de creencias

“No son escasas las propuestas que actualmente se ofrecen en el mercado de la felicidad para que las personas encuentren soluciones individuales a problemas que son producidos socialmente...” (Rizzo, 2018, p. 17). “Como lo dice Zygmunt Bauman ante el desmantelamiento de las instituciones que solían brindar seguridad, protección y confianza al individuo, el yo ha quedado solo en el campo de batalla, abandonado a su suerte (citado por Rizzo, 2018, p. 19).

La DM se vive en el hogar, en el trabajo, en el ambiente social y cultural donde coexiste la persona que padece esta enfermedad. En consecuencia, para su prevención y control, es imprescindible atender, no solo los signos y síntomas que se presentan, sino, además, las condiciones de vida y la forma en que se vive, ya que ahí es donde se enfrentan los obstáculos para conseguir los insumos necesarios para el tratamiento, donde se manifiestan los esfuerzos para hacer los cambios necesarios y donde se presentan, en su más cruda realidad, los efectos de las complicaciones o las limitaciones ocasionadas por las mismas (Corbin y Strauss, 1992).

Para que la enfermedad (patología) tenga lugar deben confluír tanto el evento estresante como la vulnerabilidad cognitiva. Con respecto a esto último, el tratamiento agrupa los componentes emocionales y conductuales bajo la conducción cognoscitiva. Se centra en la identificación y corrección sistemática de estructuras informacionales cognitivo/afectivas, así como aquellas cuestiones relacionadas con la filosofía de vida, los valores, los esquemas motivacionales y el sistema general de creencias de la persona (Rizzo, 2008).

En la modificación o cambio de estilos de vida no sólo participan conductas individuales, básicamente vistas como factores de riesgo, sino también tienen una participación insoslayable los factores sociales y culturales como tradiciones, valores, creencias, hábitos y comportamientos de los grupos. Particularmente las creencias juegan un papel importante en el establecimiento de los estilos de vida.

En consecuencia con lo anterior, se presenta la siguiente propuesta: Diabetes: una oportunidad a la vida, la cual se sustenta en la premisa fenomenológica: el ser humano adquiere sentido y validez de ser cuando se constituye en y para la conciencia intencional (Sánchez, 2018), que en este caso, la conciencia intencional se dirige hacia la modificación de estilos de vida.

Diabetes: una oportunidad a la vida

La creencia de la DM que predomina en el mundo ha conducido a suponer que quien la desarrolla, fatalmente padecerá sufrimiento, incapacidad y muerte por esta enfermedad.

La calidad de vida es autopercibida como deficiente en los adultos mayores que la padecen porque está en función de la dependencia de sustancias médicas de

su salud, particularmente para evitar hipoglucemia (así como hiperglucemia), lo cual genera estrés asociado a la enfermedad. No obstante, es autopercebida como buena cuando los síntomas de la enfermedad no se han agravado. Esta percepción de la calidad de vida no se sustenta en la enfermedad por sí misma, sino en la percepción que de ella tiene la persona con diabetes, en el rol social de discapacitado que presenta y en la imagen corporal que ha asumido (Jiménez et al, 2019).

La experiencia de vivir con diabetes es una construcción social que depende de los saberes, las prácticas y las formas en cómo cada sujeto identifica su padecer, y la construye como parte de él. Esto se articula por medio de los múltiples escenarios por los que tiene que transitar; de forma tal que la atención, las consultas, los éxitos y fracasos de los tratamientos, los remedios, las prescripciones, recomendaciones y recetas, por mencionar algunas acciones, juegan un papel importante en la forma en cómo reconocen y establecen su relación con el diagnóstico.

Por tanto, si la persona con diabetes cree que su enfermedad es una condición en la que ya no podrá escapar del sufrimiento y la incapacidad, eventualmente le sobrevendrá, entre otros, ansiedad, depresión, desesperanza, condición que dificultará su afrontamiento. Sin embargo, si la persona desarrollara otra explicación sobre su enfermedad, esta promovería y facilitaría su control. Ante esta condición, surge la pregunta ¿cuál sería la explicación alterna de la diabetes?

La explicación de la diabetes, generada a partir de la experiencia en nuestro grupo de investigación, sobre los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales de la DM, y de la atención a personas que la padecen es: “la diabetes es una oportunidad a la vida”.

Esta explicación se construye con base en la teoría médica para tratamiento y control de la DM y en la disposición ante la vida, de quienes viven con una DM controlada.

Si hacemos un análisis heurístico (Gamboa, 2014) sobre la DM, encontramos un mensaje: una persona con diabetes controlada es, debiera ser, un ejemplo para una vida saludable y plena, no solo para otras personas con diabetes sino para aquellos que no la hayan desarrollado.

Una persona con DM controlada, sin consecuencias secundarias, puede vivir funcional y plenamente puesto que puede realizar todas las actividades que realiza una persona sin DM, incluso comer lo que le gusta (NIH, 2016). Para la consecución de esto, el tratamiento y control de la DM, en el sentido básico, se encuentra en tres pilares: alimentación balanceada, realización de actividad física y la toma de medicamentos. Los dos primeros son fundamentales y debieran ser suficientes y los medicamentos solo cuando la alimentación balanceada y la actividad física no fuesen suficientes (Quilez y Reig, 2015).

Estos pilares no son imposiciones que limitan la existencia, son reglas para una vida plena y saludable. No deben seguir las únicamente quienes tienen DM, estas reglas son

para todas las personas que aspiren a vivir en plenitud. No deben seguirse forzosamente, como cuando se cumple un castigo, no deben seguirse con el objetivo de controlar la diabetes, sino que deben seguirse como reglas de vida. La alimentación balanceada y la actividad física promueven una vida plenamente funcional, lo cual incluye el control de la DM.

En este sentido, la DM no necesariamente debiera ser una condición perjudicial, por el contrario, es una condición del cuerpo que diariamente envía señales a la persona para que pueda vivir plenamente. Es un recordatorio, como una conciencia, que indica cuando no se está viviendo conforme a estas reglas. Los niveles de glucosa en rango normal le indican a la persona que está en condiciones para vivir plenamente, en cambio, cuando están elevados o bajos, le recuerdan que puede tener consecuencias dañinas y, por lo tanto, es la oportunidad de corregir en lo que se está equivocado.

La DM puede presentarse en cualquiera de las dos condiciones mencionadas antes: una enfermedad aterradora que arruina la existencia, que podría llegar a representar lo peor que le haya sucedido a la persona, o bien, una conciencia que diariamente recuerda cómo vivir la vida plenamente. La diabetes es una conciencia con la cual no se juega y la persona es quien elige: podría percibirla como un evento catastrófico en su vida, algo que lo marcará de manera negativa o bien, como una condición que puede representar una nueva oportunidad de hacerse cargo de su vida de manera reflexiva, cambiando lo que fuese necesario para vivir funcional y plenamente. En este sentido, la diabetes sería percibida como una condición con la cual el padeciente estará agradecido porque es una oportunidad a la vida.

CONCLUSIONES

La diabetes es una condición de vida que ha afectado a muchas personas en el mundo, a pesar de contar con el conocimiento científico y la tecnología suficientes para controlarla, desde hace, al menos 30 años. En México se han propuesto y desarrollado varias iniciativas, empero, no se ha logrado su control. Esto es debido a varios elementos:

- a) La propuesta de múltiples definiciones, como alianza terapéutica, seguimiento, apego, obediencia, cumplimiento y adhesión para orientar el plan de tratamiento para controlar la diabetes, que han generado confusión conceptual porque son entendidas y manejadas de manera indiferenciada.
- b) Además, dichas definiciones son tautológicas porque con otras palabras, repiten lo mismo que ya se ha dicho, sin aportar nueva información. Se han criticado ampliamente los conceptos seguimiento, apego y cumplimiento, y para sustituirlos se ha propuesto el concepto adherencia. Sin embargo, esos conceptos que se han criticado se utilizan para definir adherencia.
- c) Las definiciones también son circulares porque se postulan asumiendo como respuesta alternativa lo mismo que iniciaron criticando, verbigracia, el término paciente, que tiene connotaciones negativas como la pasividad que debe asumir el enfermo de diabetes ante el plan de tratamiento. El motivo principal por el que se han propuesto varias definiciones, y particularmente la adherencia terapéutica,

es para superar dichas connotaciones negativas. Sin embargo, al definir la adherencia mediante el uso del concepto paciente, la definición termina donde se inició: promoviendo lo que se criticaba.

- d) La existencia de tantas propuestas para conseguir el control de la DM, pone en evidencia la complejidad del problema y la falta de consenso teórico. Con el propósito de moderar el uso del término paciente se ha propuesto considerar además de la enfermedad, el padecimiento. La medicina científica explica la enfermedad con base en datos obtenidos mediante el examen de la estructura o función corporal, en cambio el padecimiento es la forma en cómo la persona vive y afronta esa condición denominada enfermedad. La atención a la DM debe implicar la enfermedad y el padecimiento, por lo que se propone diferenciarlas, denominando paciente a la persona cuando se atiende la enfermedad y padeciente cuando se atiende el padecimiento. Se definió padeciente como la persona con una enfermedad crónica no transmisible que vive tres condiciones diferentes, derivadas del desequilibrio en el funcionamiento de su organismo: los signos y síntomas que presenta el cuerpo biológico (enfermedad), las características psicológicas (cognitivas, emocionales y comportamentales) y las socioculturales (dónde, cómo y con quién vive y se relaciona).
- e) El concepto estilo de vida fue propuesto para aludir a las características y los comportamientos socioculturales de conjuntos como clases sociales o grupos nacionales. No obstante, la práctica biomédica ha utilizado este concepto para describir rasgos específicos de comportamientos relacionados con determinadas enfermedades crónicas, reduciéndolos a conductas de riesgo, con lo cual se responsabiliza al enfermo por su mala salud. El concepto original propone que los sujetos/grupos pueden o no elegir sus propias decisiones, con base en sus condiciones económicas y culturales.
- f) Para recuperar el significado original del concepto estilos de vida es imprescindible referirse a la conceptualización de cultura, que no se refiere exclusivamente al desarrollo intelectual de un individuo o grupo de individuos. La cultura ejerce presión y modifica social, cultural y psicológicamente a los individuos: es una fuerza invisible y controladora que configura y conduce el comportamiento de las personas, que, para el caso de quienes padecen DM, los conduce a desarrollar una disposición contraria a la requerida por el plan de tratamiento biomédico actual. La cultura incluye el conocimiento y las creencias adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad. Para que las creencias de carácter psicológico puedan ejercer su influencia, las personas deben aceptarlas, porque esto se ampara en la seguridad y confianza en que lo creído es verdadero.
- g) Para el cambio de estilos de vida no sólo se deben atender conductas individuales, básicamente vistas como factores de riesgo, sino también factores sociales y culturales como tradiciones, valores, creencias, hábitos y comportamientos de los grupos. Las creencias juegan un papel importante en el establecimiento de los estilos de vida.
- h) En consecuencia con lo anterior, se presenta una propuesta cognitiva: Diabetes, una oportunidad a la vida: una persona con diabetes controlada puede vivir funcional y plenamente, puesto que puede realizar todas las actividades que realiza

una persona sin DM, incluso comer lo que le gusta; es y debiera ser un ejemplo para una vida saludable y plena, no solo para otras personas con diabetes sino también para aquellos que no la hayan desarrollado.

La presente propuesta centra la atención en un aspecto soslayado en la atención a la diabetes: cómo alguien con DM podría reconstruir su vida, es decir, ser proactivo en las decisiones que toma en la cotidianidad para modificar su estilo de vida, a través de resignificar la creencia de la fatalidad de la enfermedad por la creencia de la diabetes como una oportunidad a la vida, porque las creencias motivan a los seres humanos a la acción.

Esta propuesta pretende trascender los procedimientos médicos o psicológicos clásicos, ayudando a que la persona con DM deje de padecer la enfermedad, es decir, que deje de ser un padeciente y se convierta en un ente activo, que es influenciado por sus condiciones de vida, pero que, a su vez, él pueda influir en su medio y en la vida de otros.

Financiamiento

Recibió financiamiento por la Universidad Nacional Autónoma de México-Dirección General de Asuntos del Personal Académico-Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica, clave PAPIIT IN405319.

Reconocimiento

El presente escrito se realizó en el marco del proyecto Caracterización de factores protectores: creencias sobre la enfermedad y la vida, patrones de comportamiento y estados emocionales de adultos mayores de 65 años, con diabetes mellitus tipo 2 controlada, (clave PAPIIT IN405319).

Línea de investigación

Diabetes: un programa de atención multidisciplinaria, clave: LI:FESZ: 440915. División de Estudios de Posgrado e Investigación. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad nacional autónoma de México.

REFERENCIAS

- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clinica y Salud*, 16 (1), 9-29.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616109001>
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2019). Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. *Revista ALAD*, 1-119.
https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
- Álvarez, L. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 30(1), 95-101.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a11.pdf>
- Barragán, A. (1999). *Las múltiples representaciones del dolor: representaciones y prácticas sobre el dolor crónico, en un grupo de pacientes y un grupo de médicos algólogos*. [Tesis de maestría no publicada]. Escuela Nacional de

- Antropología e Historia. Repositorio Institucional ENAH-INAH. México. <https://www.enah.edu.mx/index.php/posghis-alumnos/posghis-tesis>
- Buitargo, F. (2011). Adherencia terapéutica ¡Qué difícil es cumplir! *Aten Primaria*, 43(7), 343-344. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656711002496>
- Burrelo, A., Boris, C., Fernández, M., Gisbert, P., Peña y Lillo, E., & Salomón, S. (2020). Hábitos saludables en la población adulta. *Revista Médica Universitaria*, 16(1), 1-12. <https://planificacion.bdigital.uncu.edu.ar/15052>
- Cardoso, GM., Zarco, VA., Aburto, LI & Rodríguez, LM. (2014). Paciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. *Rev Fac Med UNAM*, 57(5), 32-42. <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2014/un145e.pdf>
- Cardoso, M. (2006). La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico para la diabetes. *Cultura, dieta y diabetes. Cuicuilco*, 13(37), 129-47. <https://www.redalyc.org/pdf/351/35103707.pdf>
- Cockerham, W., Rütten, A. & Abel, T. (1997). Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving beyond Weber. *Sociol Quart*, 38(2), 321-342. <https://www.jstor.org/stable/4120739?seq=1>
- Corbin, J., Strauss, A. (1992). A nursing model for the chronic illness management. Based upon de trajectory framework. Springer.
- De la Cruz, M. & Flores, M. (2021). Autoeficacia y adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios de un centro de salud. [Tesis de maestría, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio institucional. <http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/1975/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Diez, A. (2017). Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 37(131), 127-143. doi: 10.4321/S0211-57352017000100008
- Ehrenzweig, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 7-21. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/554/476>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición México 2018- 2019. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), México, 2019.
- Engel, G. (1997). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36.
- Federación Internacional de Diabetes (2019). Versión Online del *Atlas de la Diabetes de la FID*, 9ª. Ed. https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
- Fitzpatrick, R. (1990). *La enfermedad como experiencia*. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Fondo de Cultura Económica.
- Gamboa, A. (2014). La estrategia heurística: variante del pensamiento científico para la investigación socio-cultural. *Revista de Comunicación de la SEECI, Número extraordinario*, 26-34. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=523552854005>
- García-Quintanilla, M., Reyna, V., Serna, A. & Escalante, A. (2020). El aprendizaje dialógico: elemento clave para impulsar los grupos de autoayuda en diabetes. En Gutiérrez, A. (editora y coordinadora). *Diabetes Perspectivas de médicos y pacientes*, pp. 53-64. Editorial T&R Desarrollo Empresarial, S. A. de C. V. https://puntu.uanl.mx/wp-content/uploads/2020/07/Diabetes.Perspectivas_de_Medicos_y_Pacientes.pdf
- Harris, M. (2011). *Antropología cultural*. Alianza. <https://teoriasantropologicasucr.files.wordpress.com/2011/04/harris-1983-antropologia-cultural.pdf>
- Haynes, R.B. (1979). Introduction. En: R.B. Haynes., D.W., Taylor, y D.L. Sackett. (Eds.). *Compliance in health care Baltimore*, pp. 1-7. John Hopkins University Press.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *Características de las defunciones registradas en México durante 2020*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf
- Jiménez, D., Casado, P., Santos, R., Jiménez, D. & Hernández, G. (2019). Percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. *Revista Electrónica Medimay*, 26(1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2019/cmh191f.pdf>
- López, L., Romero, S., Parra, D. & Rojas, L. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoció de Salud*, 21(1), 117-137. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10
- Martin, AL. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cub Salud Pública*, 30(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008
- Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 16(46), 37-67. <https://estudiossociologicos.colmex.mx/index.php/es/article/view/638/638>
- Mensing, C. (2014). El modelo de compliance o aceptación-obediencia. En: Mensing, Carol (Ed.) *The art and science of diabetes self-management education desk reference*, (3rd Edition, pp. 888), American Association of Diabetes Educators.
- Mercado, MF. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. México: Universidad de Guadalajara.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2016). *Nutrición, alimentación y actividad física si se tiene diabetes*. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/nutricion-alimentacion-actividad-fisica>
- Nogués, X., Sorli, M. & Villar, J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna*, 24, 138-141. <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n3/revision1.pdf>
- Ortega, J., Sánchez, D., Rodríguez, O. & Ortega, J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, (16)3, 226-232. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>
- Ortega y Gasset, J. (2010). *Ideas y creencias*. Biblioteca Virtual

- Omegalfa, 1-15. file:///Users/marco/Downloads/ideas-y-creencias.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. <https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>
- Quilez, P., & Reig, M. (2015). Control glucémico a través del ejercicio físico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2; revisión sistemática. *Nutr Hosp*, 31(4), 1465-1472. <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n4/02revision02.pdf>
- Real Academia Española. (2021). *Diccionario de la lengua española*, 23 Ed. <https://dle.rae.es/tautolog%C3%ADa>
- Reyes, E., Trejo, R., Arguijo, S., Jiménez, A., Castillo, A., Hernández, A. & Mazzoni, L. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev Med Hondur*, (84) 3 y 4, 125-132. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
- Rizzo, W. (2018). *Filosofía para la vida cotidiana*. El camino de los sabios. Anagrama.
- Rizzo, W. (2008). *Terapia cognitiva*. Paidós.
- Sackett, D.L., Haynes, R.B., Gibson, E.S. (1975). Randomized clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *The Lancet*, 305(7918), 1205–1207. doi: 10.1016/S0140-6736(75)92192-3
- Sánchez, R. (2018). El problema del hombre en la fenomenología de Husserl. *Valenciana*, 11(21), 289-312. <https://dx.doi.org/10.15174/rv.v0i21.339>
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
- Villoro, L. (1982). *Creer, saber, conocer*. Siglo XXI.

Nivel del estado de ánimo en estudiantes universitarios durante el confinamiento por la COVID-19

Level of mood in university students during confinement by COVID-19

JAVIER LÓPEZ VARGAS¹, GALA FABIANA RODEA SOLARES²,
VERÓNICA VARGAS CORONADO³, ALEJANDRA SÁNCHEZ CID²,
MAGALY MARTÍNEZ MONTERO⁴

RESUMEN: Introducción: Estudiar el estado de ánimo que manifiestan los estudiantes universitarios a raíz de la pandemia por SARS-Cov-2/COVID-19 resulta relevante para la toma de decisiones en salud emocional, ya que es un tema poco abordado en México. **Objetivo:** el objetivo de la presente investigación fue describir los niveles de estado de ánimo en estudiantes universitarios durante el confinamiento por la COVID-19. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo observacional de corte transversal, la selección de la muestra fue no probabilística en cadena, la muestra tuvo un total de 131 estudiantes universitarios de nivel licenciatura: 96 mujeres (73.3 %) y 35 hombres (26.7 %), con una media de edad de 19.56. Se utilizó la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA), un instrumento de auto reporte, que busca evaluar cuatro estados de ánimo: Ansiedad, Ira-Hostilidad, Tristeza-Depresión y Alegría. **Resultados:** se obtuvo un nivel elevado en las subescalas para Ansiedad con una media de 6.19, Tristeza-Depresión con 6.00, e Ira-Hostilidad con 4.73, por su parte en la subescala de Alegría se obtuvo un nivel normal con una media de 5.81. **Conclusiones:** Los estados de ánimo denominados negativos tales como la Ansiedad, Tristeza-Depresión e Ira-hostilidad se encuentran presentes con un nivel elevado en la población de estudiantes universitarios durante el periodo de confinamiento de la COVID-19, siendo la última mencionada la que tiene el valor medio más bajo de las tres, no obstante, también se encontró que el estado de ánimo positivo no ha mermado en la muestra estudiada.

Palabras clave: estado de ánimo; confinamiento; COVID-19; estudiantes universitarios; EVEA.

ABSTRACT: Introduction: Studying the state of mind expressed by university students as a result of the SARS-Cov-2/COVID-19 pandemic is relevant for decision-making in emotional health, since it is a subject little addressed in Mexico. **Objective:** The objective of this research was to describe the levels of mood in university students during the confinement due to COVID-19. **Methodology:** A descriptive observational cross-sectional study was carried out, the selection of the sample was non-probabilistic in chain, the sample had a total of 131 undergraduate university students: 96 women (73.3%) and 35 men (26.7%), with a mean age of 19.56. The Mood State Assessment Scale (EVEA) was used, a self-report instrument, which seeks to evaluate four mood states: Anxiety, Anger-Hostility, Sadness-Depression and Joy. **Results:** a high level was obtained in the subscales for Anxiety with a mean of 6.19, Sadness-Depression with 6.00, and Anger-Hostility with 4.73, meanwhile, in the Joy subscale a normal level was obtained with a mean of 5.81. **Conclusions:** The so-called negative mood states such as Anxiety, Sadness-Depression and Anger-hostility are present at a high level in the population of university students during the COVID-19 confinement period, the last mentioned being the one that it has the lowest mean value of the three, however, it was also found that the positive mood has not decreased in the sample studied.

Keywords: mood; lockdown; COVID-19; University students; EVEA.

INTRODUCCIÓN

Los estragos producidos por la pandemia de la COVID-19 pueden ser muy bastos ya que no solo se restringen a aspectos biológicos ocasionados por la enfermedad, o al rezago económico derivado de los largos periodos de confinamiento y paralización de labores, también es necesario evaluar el impacto a nivel psicológico y social en las personas que realizan actividades a distancia o se mantienen en confinamiento prolongado por salvaguardar su salud y la salud pública.

El primer caso de COVID-19 en México fue detectado el 27 de febrero de 2020. Tras un incremento constante de contagios en diversos estados del país, principalmente en las grandes y aglomeradas urbes como la Ciudad de México, el Gobierno Federal declaró transmisión comunitaria del virus y activó la fase 2 de la contingencia el 24 de marzo, derivado del creciente número en los casos confirmados, ocupación hospitalaria y muertes por la enfermedad; la fase 3 de contingencia comenzó el 21 de abril de 2020, ya que era considerada una emergencia sanitaria, esto trajo consigo el cierre total de actividades no esenciales junto con una jornada de confinamiento y distanciamiento social. En poco más de un mes del primer caso positivo registrado en México las condiciones de cotidianidad se transformaron rotundamente puesto que el Gobierno, a través de la Secretaría de Salud, exhortó a la población a mantenerse en casa y cerró recintos como los son: cines, restaurantes, museos, teatros, gimnasios, oficinas, ligas deportivas, eventos masivos (Valle y Chavarría, 2021), en el caso de algunas instituciones tuvieron que reinventarse, por ejemplo las escuelas migraron todas sus actividades presenciales a una modalidad virtual. Tras largos meses del cierre de actividades para enfrentar la pandemia, se han tomado medidas para no detener por completo la economía, de igual forma se optó por la integración del confinamiento en la vida diaria a través de ciclos de trabajo-confinamiento con aforos disminuidos (Pérez-Ferrer, et al., 2021), sin embargo esto no ha ocurrido en todos los escenarios, puesto que en algunas instituciones educativas los estudiantes de todos los niveles educativos aún se mantienen alejados de las aulas o en modalidades híbridas, debido a la detección de brotes de COVID-19 en escuelas.

Por consiguiente, la pandemia de la COVID-19 ha afectado a casi todos los órdenes de la vida social, la vida académica no ha sido la excepción, ésta última habiéndose visto duramente restringida de sus actividades presenciales, debido a que la principal respuesta contra la pandemia ha sido limitar las interacciones públicas. Es decir, algo tan cotidiano como compartir físicamente los campus para participar intelectual, social y científicamente en la formación humana se transformó súbitamente. En consecuencia, toda la plantilla universitaria (estudiantes, docentes, administrativos, etc.) se ha tenido que adaptar para que la vida institucional no se paralice. Además, se ha producido un esfuerzo suplementario en las universidades para continuar con el proceso de enseñanza y aprendizaje, teniendo que habilitar con urgencia técnicas y metodologías docentes que ya existían, pero no eran hegemónicas en los campus con enseñanza presencial (Fernández, 2020).

En este sentido se comprende que estudiar el estado de ánimo que manifiestan los estudiantes universitarios a raíz de la pandemia por SARS-Cov-2/COVID-19 resulta relevante para la toma de decisiones en salud psicológica, ya que es un tema poco abordado en México. De acuerdo con una investigación realizada en Wuhan y Huangshi (ciudades chinas), se describió un predominio de indicadores de depresión y ansiedad hasta en un 20% de la población infantojuvenil durante el confinamiento por la pandemia de la COVID-19 (Xie, et al., 2020). Además, un meta-análisis realizado por Li, Wang, Wu, Han y Huang (2021) mostraron que la prevalencia de la depresión (39 %) o la ansiedad (36 %) entre los estudiantes universitarios aumentó considerablemente durante la pandemia de COVID-19. Otra revisión sistemática y meta-análisis encontró a su vez, que la prevalencia de la depresión de los estudiantes universitarios en China fue alta durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19 (Guo, Kaminga y Xiong, 2021).

Según el modelo de Sanz (2001), coexisten cuatro formas de estado de ánimo que prevalecen en las personas: a) tristeza-depresión; b) ira- hostilidad; c) ansiedad; y d) alegría. Estos estados de ánimo se desarrollan de manera regularmente estables, y contemplan el manejo de emociones como la tensión, el enojo, el nerviosismo, la intranquilidad, la serenidad, la tristeza, el estrés, la felicidad, el optimismo, la jovialidad, el entusiasmo, entre otros.

Una investigación estudio la validez y confiabilidad de la a Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA) en el contexto de la pandemia por COVID-19, analizó las propiedades psicométricas, valorando su aplicabilidad para medir cambios en los estados anímicos de mayor duración ocurridos durante la pandemia en una muestra de estudiantes universitarios de Perú. Respecto a las propiedades métricas en la población estudiada ésta presentó una estructura similar a la versión original, así como una confiabilidad y validez adecuada, los ítems con mayor importancia en la medición de los estados de ánimo, para esta versión de la EVEA, fueron la ansiedad con las mayores cargas factoriales, seguidos por hostilidad, alegría y depresión. Por otro lado, el análisis factorial confirmatorio mostró un ajuste aceptable del modelo de cuatro factores, de acuerdo con estándares requeridos. Por su parte como era de esperarse, las subescalas, se encuentran correlacionadas de manera significativa. Los coeficientes de correlación fueron elevados ($>0,80$), para las subescalas ansiedad, hostilidad y depresión, incluso para otros estudios en estudiantes universitarios. No obstante, en la subescala alegría fueron inferiores, En cuanto a la validez de criterio de la EVEA, como cabría esperar la pandemia es un factor psicopatógeno, en consecuencia, los estudiantes puntúan alto en los estados de ánimo de tipo negativo, en comparación con situaciones normales o sin trastornos (Becerra-Canales, Condori-Becerra y Del Rio, 2021).

Otro estudio realizado por Velastegui-Hernández y Mayorga-Lascano (2021) aplicaron la EVEA en estudiantes universitarios de medicina en una universidad pública de Ecuador durante la crisis sanitaria por COVID-19, entre los resultados se encontró que prevalecen de manera significativa estados de ánimo positivos (Alegría); aunque existe presencia de conductas de

ansiedad (5,12) y depresión (1,75), con mayor incidencia de sintomatología ansiosa.

La EVEA también se empleó en población no universitaria de Ecuador para medir los estados de ánimo en 348 individuos bajo medidas de aislamiento social y confinamiento tomadas durante la crisis de COVID-19, los resultados evidencian diferencias significativas en el estado emocional, esto se observa al comparar los datos obtenidos con los datos de la escala EVEA de una población normal referenciales reportada por Sanz (2001) en el cual se mencionan los valores de la media de la escala EVEA para ansiedad de 3,31; depresión de 2,22; hostilidad de 1,04 y alegría de 5,69 para una población sin ninguna condición externa que induzca un cambio en lo emocional. Por su parte durante la pandemia los valores de la escala EVEA fueron para ansiedad 3,76; depresión 3,28; hostilidad 3,1 y alegría 5,7, concluyendo que los resultados de la evaluación en el grupo estudiado demostraron diferencias significativas en los síntomas emocionales de depresión y hostilidad al ser comparada con estudios previos a la pandemia (Velastegui, Bustillos, Flores y Mayorga-Lascano, 2020).

La literatura especializada que ha utilizado la EVEA para medir el estado de ánimo en estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19 es escasa aun, sin embargo otros autores han intentado estudiar que sucede con dicha variable con otros instrumentos durante la crisis sanitaria, por ejemplo, un estudio exploratorio realizado con estudiantes de pregrado de primer año, mayores de 18 años de todas las carreras de una universidad pública de Santiago de Chile, indaga sobre percepción de cambio del estado de ánimo posterior al inicio de la pandemia por COVID-19, encontrando que un 77,7% de los(as) estudiantes percibió que su estado de ánimo estaba peor o mucho peor y solo un 6,6% percibe que estaba mejor desde la pandemia. En esta dimensión se observan diferencias significativas por sexo, siendo las mujeres las que reportaron peor estado de ánimo y mayor severidad en los síntomas (Mac-Ginty, Jiménez-Molina y Martínez, 2021).

También se ha encontrado que un 70.3% de los jóvenes encuestados presentaron ansiedad y miedo a que personas allegadas e incluso ellos mismos puedan padecer la enfermedad y hasta un 88.2% se encuentran en estado de tristeza (Castillo-Martínez, Castillo-Martínez, Ferrer y González-Peris, 2020). Se ha reportado que, en este periodo de confinamiento y aprendizaje continuo, el impacto psicológico en los estudiantes por la nueva infección de Sars-CoV-2 muestra alteraciones del estado emocional en ellos, además los universitarios son un grupo que previo a la pandemia presentaba un riesgo alto de sufrir alteraciones de salud emocional o mental (Sun y Su, 2020; Zapata, et al., 2021).

Debe señalarse que el peligro de contagio está muy presente y éste se percibe como algo asociado a muertes masivas, en consecuencia, se ponen en movimiento mecanismos fisiológicos que alertan sobre posibles daños a la vida misma. En ese sentido, los estados emocionales tienen la función de preservar la vida para movilizarnos o defendernos de lo que se percibe como amenazante. Las medidas de salud pública que siguen algunos de los universitarios (tales como el confinamiento y distanciamiento social) han

causado que se sientan en soledad y aislados; además se ha encontrado un aumento en el estrés, ansiedad, depresión, aunado al miedo ante los brotes (Rodríguez, Carbajal-Llanos, Narvaez-Aranibar, y Gutierrez-Vásquez, 2020). Un estudio realizado por Gil-Villa, Urchaga-Litago, y Sánchez-Fernández (2020) en universitarios ha reportado que el sentimiento vital disminuye, la tristeza y la ansiedad parece tener más prevalencia en las mujeres, asimismo aquellos que han pasado el confinamiento en las grandes ciudades confiesan un mayor sentimiento de soledad, por su parte el consumo de alcohol no parece haberse disparado durante la cuarentena pues menos de un 10 % habría consumido casi a diario o a diario, tampoco el tabaco aumentó, ya que el 82,2 % de la muestra estudiada no fuma. De este modo el estado de ánimo está en función del temperamento y la personalidad, siendo éste el que equilibra a los procesos psicológicos y la conducta del ser humano. Es por eso por lo que diversos entornos familiares, lugares de trabajo, instituciones, situaciones, sitios, países, estaciones del año, el clima, las horas del día, la mañana o la noche, la edad, o las enfermedades influyen en los distintos estados anímicos, (Castañeda-Sáenz et al., 2018). En un estudio realizado por Estrada y Gallegos (2022) se observó que los estudiantes más jóvenes presentaron mayores niveles de cansancio emocional que los estudiantes de mayor edad. Esto se debe a que los estudiantes más jóvenes recién estarían aprendiendo a utilizar estrategias y recursos de autorregulación de sus emociones para afrontar los diversos factores estresantes propios de las actividades académicas universitarias.

Se ha verificado en un estudio realizado en 74 estudiantes durante el periodo de confinamiento la presencia de estrés debido a la sobrecarga de trabajo, falta de comprensión de los temas y deficiente aprendizaje, mientras que los estudiantes sin los recursos adecuados experimentaron además de estrés, frustración, poca emoción y deserción escolar, se manifestó un aumento de 92.3 % de estrés, bajo estado anímico e inestabilidad emocional (Lóvon y Cisneros, 2020), también se ha reportado en otra investigación realizada durante el periodo de contingencia sanitaria por Sánchez, et al. (2021), con una muestra de 1264 universitarios, en la que se encontró que el 42.2 % presentó un nivel medio de ansiedad y el 8.8 % se localiza en un nivel alto, mientras que para el caso de la depresión el 36.2 % tiene un nivel medio y un 8.8 % en nivel alto. Aunado a lo anterior se ha reportado que los padres de jóvenes e infantes percibieron mayor repercusión en el estado emocional y conductual de sus hijos durante el periodo estricto de confinamiento, sin mostrar grandes cambios después de la flexibilización del confinamiento, e incluso se estima que el confinamiento puede ser un factor de riesgo para exacerbar síntomas en jóvenes con un trastorno psiquiátrico previo (Santos-Carrasco, Hernández-García, Parrilla-Escobar, Mongil-López, González-Collantes, Geijo-Urbe, 2021).

Al estudiar los estados de ánimo se pretende aportar un panorama acerca de las secuelas que se han detonado en la salud emocional de los alumnos, debido a este incierto contexto que vive la sociedad, por tanto, el objetivo de la presente investigación fue describir los niveles de estado de ánimo en estudiantes universitarios durante el confinamiento por la COVID-19.

METODOLOGÍA

Diseño y Muestra

Se realizó un estudio de tipo descriptivo observacional de corte transversal, la selección de la muestra fue no probabilística en cadena, la muestra estuvo conformada por un total de 131 estudiantes universitarios de nivel licenciatura: 96 mujeres (73.3 %) y 35 hombres (26.7 %), con una media de edad de 19.56 y una desviación típica de ± 1.31 , con un mínimo de 18 años y un máximo de 25 años, el 64.9 % se encuentra inscrito en el primer año de la licenciatura y 27.5 % está inscrito en el segundo año, pertenecientes a la Universidad Nacional Autónoma de México, de las licenciaturas en Médico Cirujano 64 (48.9 %), Administración 34 (26.0 %), Desarrollo Comunitario para el Envejecimiento 8 (6.1 %), Cirujano Dentista 8 (6.1 %), Psicología 4 (3.1 %), Relaciones Internacionales 3 (2.3 %) Biología 2 (1.5 %), Arquitectura 2 (1.5 %), Ingeniería Industrial 1 (0.8 %), Enfermería 1 (0.8 %), Diseño Gráfico 1 (0.8 %), Ingeniería Civil 1 (0.8 %), Economía 1 (0.8 %), Artes visuales 1 (0.8 %).

Instrumentos

Se utilizó la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA), este instrumento fue inicialmente diseñado con estudiantes universitarios, pero ha sido aplicado y validado con otros tipos de poblaciones tanto clínicas (p. ej., pacientes adultos con trastorno depresivo mayor, pacientes con trastornos de ansiedad) y no clínicas (p. ej., adultos de la población general). La EVEA es un instrumento de auto reporte, consta de 16 ítems, cada uno compuesto en una escala tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10), flanqueadas por las palabras “nada” (0) y “mucho” (10), que presenta en su margen izquierdo una corta afirmación que describe un estado de ánimo. Los 16 ítems contienen la misma estructura, todas las frases empiezan con las palabras “me siento” y continúan con un adjetivo que representa un estado de ánimo (p. ej., “me siento triste”, “me siento contento”). La EVEA busca evaluar cuatro estados de ánimo: Ansiedad, Ira-Hostilidad, Tristeza-Depresión y Alegría, de los cuales los primeros tres son considerados como negativos y el último como positivo. Cada estado de ánimo es representado por cuatro ítems con diferentes adjetivos, los cuales definen una subescala, y todos los ítems dentro de cada subescala están formulados en la misma dirección. La EVEA reporta índices adecuados de consistencia interna con coeficientes alfa entre .88 y .93, por su parte una media de 0.88, para la subescala de tristeza-depresión, entre 0.92 y 0.94, con una media de 0.92, para la subescala de ansiedad, entre 0.93 y 0.95, con una media de 0.93, para la subescala de ira-hostilidad, y entre 0.88 y 0.96, y finalmente una media de 0.92, para la subescala de alegría (Sanz, 2001).

Procedimiento

Debido al contexto de la pandemia se aplicó la EVEA por medio de un formulario virtual de Google Forms a los estudiantes universitarios, siendo aplicada del 03 de junio de 2021 al 10 julio de 2021, el formulario contenía los objetivos de la investigación, y una instrucción que indicaba contestar de acuerdo al estado de ánimo que sentían en ese momento

tomando clases durante el confinamiento, por último el formulario contenía un consentimiento informado que él estudiante debía aceptar para poder participar en el estudio, la difusión de la escala se realizó a través de internet por medio de redes sociales donde se tenía conocimiento previo que participan los estudiantes universitarios.

Los criterios de inclusión fueron: ser estudiante de nivel licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México, ser mayor de edad, estar inscrito en la universidad, tomar clases de forma virtual y a distancia debido a la pandemia por COVID-19 y los criterios de exclusión: no contar con un título igual o equivalente al de licenciatura, no tener más de 25 años.

Consideraciones éticas

Las personas que participaron en el estudio fueron informadas del objetivo de la investigación y de la confidencialidad de sus datos. Los participantes aceptaron un consentimiento informado para poder participar de forma voluntaria. Por lo que la voluntariedad de la participación quedó registrada en los formatos de consentimiento informado y asentimiento.

Análisis de datos

La recolección de datos del instrumento se alojó automáticamente del formulario virtual a una hoja de cálculo, posteriormente se descargó en forma de una base de datos en Excel, para depurar los datos perdidos y valores omitidos, inmediatamente se exportó la base al programa SPSS versión 18 con la finalidad de darle un tratamiento estadístico, se realizaron estadísticos descriptivos tales como la obtención de medias de tendencia central (promedios), desviación típica, frecuencias, porcentajes, intervalo de confianza, tablas y gráficas para sintetizar la información.

RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados de la evaluación de la EVEA tanto por ítem como por subescala, los resultados reportados son descriptivos y corresponden a medir el nivel del estado de ánimo en estudiantes universitarios durante el confinamiento por la COVID-19.

Descripción de los resultados por ítem de la EVEA. Como se puede observar en la Tabla 1, existe presencia elevada de ansiedad con una media de 6.77, tensión 6.71, sentirse nervioso 5.73 e intranquilo con 5.53, también hay manifestación elevada de melancolía con 6.03, decaído 6.25, apagado 6.27, y triste con 5.44, se reporta un nivel elevado del estado de ánimo irritado con 5.93, enojado con 4.50, molesto 4.45, y enfadado 4.40, por su parte el sentirse alegre se encuentra en un nivel normal con una media de 5.78, optimista 5.79, decaído 5.58 y contento por encima de lo normal con 6.07.

Descripción de los resultados por subescalas de la EVEA. Como se muestra en la Tabla 2, se obtuvo un nivel elevado en la subescala para Ansiedad con una media de 6.19, Tristeza-Depresión con 6.00, e Ira-Hostilidad con 4.73, es importante mencionar que las subescalas antes mencionadas son consideradas como estados de ánimo negativos, por su parte

TABLA 1. Medias y desviación típica obtenidas por ítem de la EVEA (elaboración propia).

Estadísticos descriptivos por Ítem					
Estado de Ánimo por Ítem	N	Media	Desviación. típica	Mínimo	Máximo
Nervioso	131	5.73	3.355	0	10
Irritado	131	5.93	3.301	0	10
Alegre	131	5.78	2.435	0	10
Melancólico	131	6.03	3.424	0	10
Tenso	131	6.71	3.173	0	10
Optimista	131	5.79	2.654	0	10
Decaído	131	6.25	3.166	0	10
Enojado	131	4.50	3.402	0	10
Ansioso	131	6.77	3.224	0	10
Apagado	131	6.27	3.601	0	10
Molesto	131	4.45	3.471	0	10
Animado	131	5.58	2.613	0	10
Intranquilo	131	5.53	3.340	0	10
Enfadado	131	4.04	3.443	0	10
Contento	131	6.07	2.567	0	10
Triste	131	5.44	3.315	0	10
N válido (según lista)	131				

TABLA 2. Medias y desviación típica obtenidas en las subescalas de la EVEA (elaboración propia).

Estadísticos descriptivos por Escala					
Subescalas de los estados de Ánimo	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Tristeza-Depresión	131	6.00	2.907	0	10
Ansiedad	131	6.19	2.815	0	10
Ira-Hostilidad	131	4.73	3.136	0	10
Alegría	131	5.81	2.294	0	10
N válido	131				

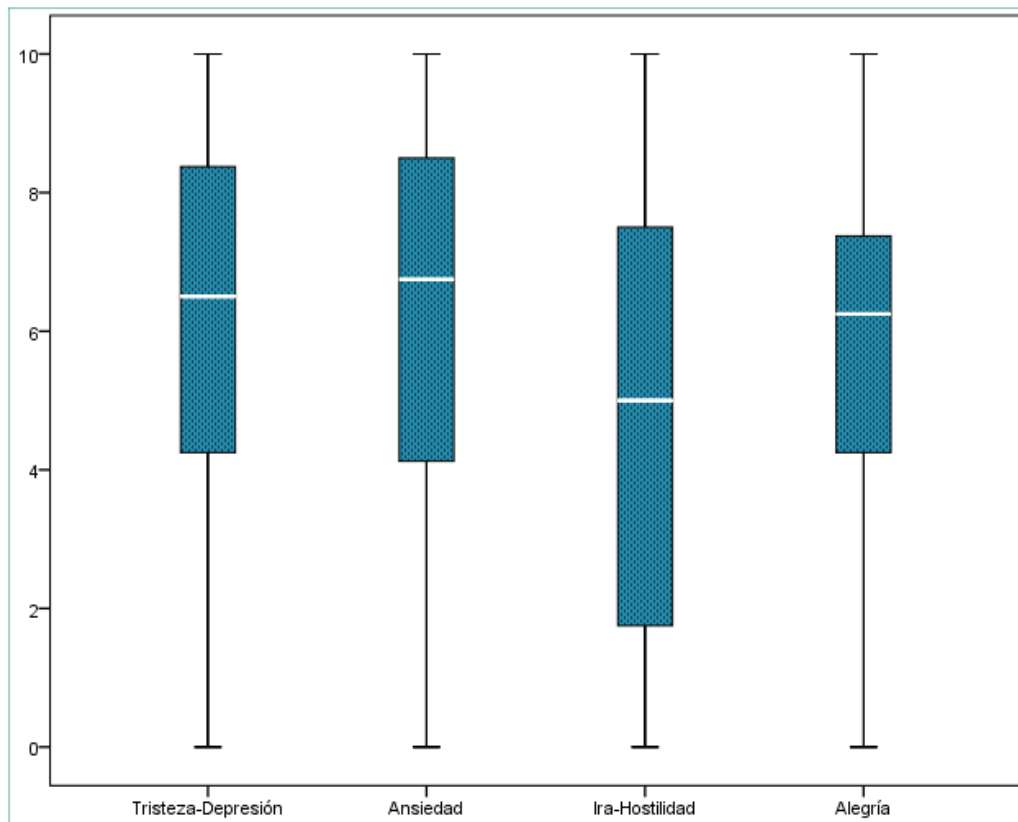
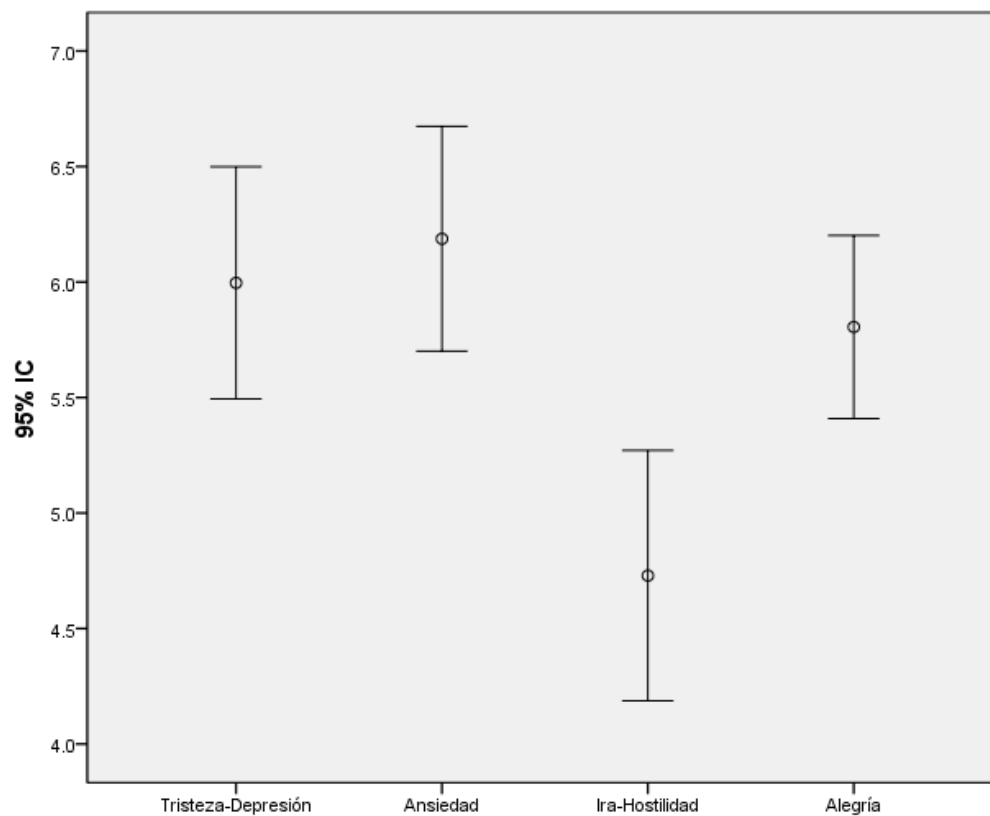
en la Alegría se obtuvo una media de 5.81, lo cual indica que se mantiene en un nivel normal de acuerdo con lo descrito por Sanz (2001).

Cómo se observa en la Gráfica 1, la Ansiedad, Tristeza-Depresión, e Ira-Hostilidad, se consideran en condición de igualdad, siendo Ira-Hostilidad la que mayor dispersión muestra, por su parte la subescala de Alegría es la que menos dispersión presenta y su media se encuentra por encima de la media de Ira-Hostilidad.

Como se muestra en la Gráfica 2, se ha calculado el intervalo de confianza al 95% de las medias de las 4 subescalas, lo que nos permite estimar entre qué valores se encuentra el valor real para cada estado de ánimo, resultando el estado de ánimo de Ira-Hostilidad en disparidad, con valores más bajos respecto a las demás subescalas.

DISCUSIÓN

Estudiar los niveles de los estados de ánimo en estudiantes universitarios, bajo una condición sanitaria extraordinaria, es parte esencial para comprender la salud mental y emocional tras las implicaciones de la pandemia. Tomando como base a Sanz (2001), indica que los valores basales (es decir dentro de un ambiente anímicamente neutral) oscilan en las subescalas del estado de ánimo de la EVEA, en población universitaria, con una media para Ansiedad de 3.31, Tristeza-Depresión 2.22, Ira-Hostilidad 1.04 y Alegría 5.69, estos niveles hacen referencia a cuando una persona no presenta estados de ánimo negativos elevados (Ansiedad, Tristeza-Depresión e Ira-Hostilidad). En la presente investigación observamos que el contexto en el que la EVEA fue aplicada las medias obtenidas de los estados de ánimo negativos fueron más elevadas con 6.19 para Ansiedad, 6.00 Tristeza-Depresión,

GRÁFICA 1. Caja y bigotes de las subescalas de los estados de ánimo (elaboración propia).**GRÁFICA 2.** Barras de error de las subescalas de la EVEA con un Intervalo de Confianza de 95 % (elaboración propia).

4.73 Ira-Hostilidad, 5.81 Alegría, esto parece indicar que la Ansiedad y Tristeza-Depresión incrementan durante el periodo de confinamiento por la COVID-19, este dato concuerda con la investigación de Becerra-Canales et al. (2021) donde encontró con la EVEA estados anímicos negativos por encima de los basales en estudiantes universitarios durante el confinamiento, y estados anímicos positivos normales, esto último se explica debido a que la pandemia es un factor psicopatógeno, en consecuencia, los estudiantes puntúan alto en los estados de ánimo de tipo negativo, en comparación con situaciones normales o sin trastornos.

Cabe resaltar que los resultados obtenidos también son similares a los descritos por Velastegui-Hernández y Mayorga-Lascano (2021) donde aplicó la EVEA en estudiantes universitarios durante el confinamiento por la COVID-19 y encontró que prevalecen de manera significativa estados de ánimo positivos (Alegría); aunque existe presencia de conductas de ansiedad elevada.

Los resultados de esta investigación también concuerdan con hallazgos similares de otros países donde se ha medido el impacto anímico con otros instrumentos en los jóvenes universitarios encontrando que presentan altos niveles de ansiedad y presencia de tristeza (Chumpitaz-Carrillo y Sevillano-Jimenez, 2021; Sánchez, et al., 2021; Rodríguez, et al., 2020; Gil-Villa, et al., 2020).

Cabe mencionar que la media obtenida en esta investigación para la subescala de Ira-Hostilidad (4.73), está por encima de lo considerado normal de acuerdo a Sanz (2001), sin embargo no hay suficientes estudios que describan la Ira-Hostilidad en estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19 para poder tener un referente, por lo tanto se sugiere ahondar en el análisis e implicaciones de esta variable durante el confinamiento sanitario, ya que en un estudio realizado en población argentina (Nieva, Stagnaro, Diego, Robalino-Guerra, y Musso, 2020) se ha encontrado que quienes presentan mayores niveles de hostilidad durante la pandemia estiman una menor probabilidad de seguir las medidas sanitarias en comparación con los que tienen niveles más bajos de hostilidad, concretamente, aquellos que presentan mayores niveles de depresión, somatización, ansiedad y hostilidad tienen probabilidades más bajas de adoptar conductas de autocuidado como el distanciamiento social, quedarse en casa y no tocarse la cara. Se especula entonces que los universitarios con estados de ánimo negativo están expuestos a presentar mayores conductas de riesgo de contagio y propagación, por tal se sugiere abrir nuevas líneas de investigación enfocadas en el estudio de la relación entre estados de ánimo negativos y conductas de riesgo para la salud pública.

En cuanto a la subescala de Alegría reportada en esta investigación se observa que se mantiene en un nivel normal de acuerdo con lo descrito por Sanz (2001), resulta de interés poder entender cómo es que la variable de Alegría no fue susceptible a un decremento durante el confinamiento. Debido a la escasa o nula literatura que aborda los estados de ánimo positivos en las personas durante la pandemia, no es posible saber si funge un papel protector o compensatorio ante la

presente crisis sanitaria, no obstante algunos autores como Alpízar y Salas (2010) afirman que por ejemplo el optimismo es considerado una característica psicológica disposicional que remite a expectativas positivas y objetivos del futuro, relacionándose con variables como la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar. Puntualmente, es la predisposición de visualizar el futuro con una actitud más favorable lo que le permite a la persona tener un mejor estado de ánimo y ser más perseverante en relación con sus metas futuras. Tomando en cuenta esta perspectiva las personas pueden ser capaces de afrontar mejor algunas situaciones, ya que su estado de ánimo tiene la función de mecanismo protector, por lo anterior resulta necesario estudiar con mayor exhaustividad si las personas durante la crisis sanitaria han desarrollado o mantenido habilidades suficientes para afrontar los periodos de confinamiento, y cuáles son los factores asociados a mantener un estado de ánimo positivo, ya que según un estudio realizado por Mendez-Maldonado y Manuel (2022) la mayoría de estudiantes universitarios próximos a egresar fueron impactados de manera negativa, lo que les desarrolló sentimientos de preocupación, tristeza, incerteza, estrés, frustración entre otros; ello podría repercutir en su salud emocional y desencadenar consecuencias que llevarán consigo, que si no son identificadas y tratadas en tiempo, podrían dañar su salud emocional y vida social en un futuro próximo.

Finalmente considerando los resultados adversos del predominante estado de ánimo de la depresión, es imperativo evaluar a los estudiantes universitarios en México para detectar estados de ánimo negativo durante la pandemia de COVID-19 y brindarles las intervenciones psicológicas necesarias para prevenir.

Una de las limitantes de esta investigación es que no se comparó los niveles de estado de ánimo con otras variables por ejemplo sexo, carrera o grupo de edad, además el alcance de este estudio es descriptivo transversal, dato que debe de tomarse en cuenta ya que los datos analizados únicamente responden a medir el nivel del estado de ánimo en estudiantes universitarios en un periodo de tiempo específico.

CONCLUSIÓN

Los estados de ánimo denominados negativos tales como la Ansiedad, Tristeza-Depresión e Ira-hostilidad se encuentran presentes con un nivel elevado en la población de estudiantes universitarios durante el periodo de confinamiento de la COVID-19, siendo la última mencionada la que tiene el valor medio más bajo de las tres, no obstante, también se encontró que el estado de ánimo positivo no ha mermado en la muestra estudiada.

REFERENCIAS

- Alpízar, H. Y., & Salas, D. (2010). El papel de las emociones positivas en el desarrollo de la Psicología Positiva. *Wimb Lu*, 5(1), 63-81.
- Becerra-Canales, B., Condori-Becerra, A., & Del Rio, J. (2021). Validez y confiabilidad de la Escala de Valoración del Estado de Ánimo, en el contexto de la pandemia por

- COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1). Recuperado de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4460>
- Castañeda-Sáenz, K. A., Sevilla-Morocho, L. E., Calero-Morales, S., Romero-Frómota, E., Torres-Ramírez, A., & Romero-Gómez, Y. (2018). Estado anímico en el tiempo libre de estudiantes que inician y culminan la Universidad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(2), 27-38.
- Castillo-Martínez, M., Castillo-Martínez, M., Ferrer, M., & González-Peris, S. (2020). Child and adolescent depression and other mental health issues during lockdown and SARS-CoV-2/COVID-19 pandemic: A survey in school setting. *Anales de pediatría*, S1695-4033(20)30429-X. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.09.013>
- Chumpitaz-Carrillo, E., & Sevillano-Jimenez, J. (2021). Repercusión de la pandemia por COVID-19 en la formación de los estudiantes: a propósito de un artículo [The impact of the COVID-19 pandemic on student education: a review of a paper]. *Neurology Perspectives*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.neurop.2021.06.002>
- Estrada, E., & Gallegos, N. (2022). Cansancio emocional en estudiantes universitarios peruanos en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Educação & Formação*, 7(1), e6759.
- Fernández, R. (2020). La Universidad después de la Covid: contingencia y esencia. *Temas para el debate*, (309), 44-46.
- Gil-Villa, F., Urchaga-Litago, J. D., & Sánchez-Fernández, A. (2020). Bienestar de los universitarios durante el confinamiento por COVID-19. *Revista de Medicina y Cine*, 16(e), 45.
- Guo, S., Kaminga, A. C., & Xiong, J. (2021). Depression and coping styles of college students in China During COVID-19 pandemic: a systemic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 9, 613321.
- Li, Y., Wang, A., Wu, Y., Han, N., & Huang, H. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of college students: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 12.
- Mac-Ginty, S., Jiménez-Molina, Á., & Martínez, V. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de estudiantes universitarios en Chile. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y de la Adolescencia*, 32(1), 23-37.
- Méndez-Maldonado, L., & Manuel, M. (2022). Afectación del confinamiento por la crisis sanitaria COVID-19 en los estudiantes próximos a egresar de la Licenciatura en Administración Turística. *Ciencia y Mar*, 26(76), 29-46.
- Nieva, J., Stagnaro, A., Diego, V., Robalino-Guerra, P. E., & Musso, M. (2020). Conductas de riesgo y cuidado: el efecto de la sintomatología reportada en cuarentena durante la pandemia de COVID-19. *Salud Pública y Salud Mental*. Asociación Argentina de Profesionales de Salud Mental. https://www.researchgate.net/publication/348756552_Conductas_de_riesgo_y_cuidado_el_efecto_de_la_sintomatologia_reportada_en_cuarentena_durante_la_pandemia_de_COVID-19_Risk_and_care_behaviors_symptomatology_effects_during_isolation_for_COVID-19_pandem
- Pérez-Ferrer, C., López-Olmedo, N., Bautista-Arredondo, S., Reyes-Sánchez, F., Torres-Álvarez, R., Zepeda-Tello, R., Stern, D., Colchero, M. A., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2021). Ciclos de trabajo-confinamiento para reducir la transmisión de COVID-19: evidencia y recomendaciones en el contexto de México. *Salud pública de México*, 63(2), 314-321.
- Rodríguez, L. A., Carbajal-Llanos, Y. M., Narvaez-Aranibar., & Gutierrez-Vásquez, R. J. (2020). Impacto emocional por COVID-19 en estudiantes universitarios. Un estudio comparativo. *Educa UMCH*, (16), 1.
- Sánchez-Carlessi, H. H., Yarlequé-Chocas, L. A., Alva, L. J., Nuñez-LLacuachaqui, E. R., Arenas-Iparraguirre, C., Matalinares-Calvet, M. L., ... & Fernandez-Figueroa, C. (2021). Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por COVID-19. *Rev. Fac. Med. Hum*, 346-353.
- Santos-Carrasco, I. D. L. M., Hernández-García, M. S., Parrilla-Escobar, M. A., Mongil-López, B., González-Collantes, R., & Geijo-Urbe, S. (2021). Confinamiento y salud mental: análisis del impacto en una muestra de 194 pacientes de psiquiatría del niño y del adolescente. *Psiquiatría Biológica*, 28(2),
- Sanz-Fernández, J. (2001). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: la "Escala de Valoración del Estado de Ánimo"(EVEA). *Análisis y modificación de conducta*, 27(111), 71-110.
- Sun, Q. H., & Su, Y. (2020). Psychological crisis intervention for college students during novel coronavirus infection epidemic. *Psychiatry research*, 289, 113043.
- Valle, B. L. & Chavarría, J. C. (2021). Hábito comunicacional y distanciamiento social. Efectos en los modos de producción de signos durante la pandemia de COVID-19. *Comunicación y Sociedad*, e7953. <https://doi.org/10.32870/cys.v2021.795>
- Velastegui, D., Bustillos, A., Flores, F., & Mayorga-Lascano, M. (2020). Efectos de la emergencia sanitaria por COVID-19 en la salud mental de hombres y mujeres de la zona 3 del Ecuador. *Investigación & Desarrollo*, 12(1), 16-26.
- Velastegui-Hernández, D., & Mayorga-Lascano, M. (2021). Estados de ánimo, ansiedad y depresión en estudiantes de medicina durante la crisis sanitaria COVID-19. *Psicología UNEMI*, 5(9), 10-20.
- Volón, M. A., & Cisneros, S. A. (2020) Repercusiones de las clases virtuales en los estudiantes universitarios en el contexto de la cuarentena por COVID-19: El caso de la PUCP. *Propósitos y Representaciones*, 8(SPE3), 588.
- Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Zhu, K., Liu, Q., Zhang, J., & Song, R. (2020). Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China. *JAMA pediatrics*, 174(9), 898-900.
- Zapata-Ospina, J. P., Patiño-Lugo, D. F., Vélez, C. M., Campos-Ortiz, S., Madrid-Martínez, P., Pemberthy-Quintero, S., Pérez-Gutiérrez, A. M., Ramírez-Pérez, P. A., & Vélez-Marín, V. M. (2021). Intervenciones para la salud mental de estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19: una síntesis crítica de la literatura. *Revista colombiana de psiquiatría*, 10.1016/j.rcp.2021.04.007. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.04.007>

Consideraciones sobre el objeto de estudio de la psicología social

Reflections on the objective of the study of social psychology

GERMÁN GÓMEZ PÉREZ

RESUMEN: La psicología llamada “social”, rama del conocimiento sobre la existencia humana, ha construido una numerosa constelación de conceptos desde mediados del siglo XX, como: *alma colectiva, percepción social, campo vital, actitudes, procesos grupales, cognición, categorización, estereotipos, prejuicio o influencia, persuasión, facilitación, disonancia cognoscitiva, acción razonada, atribución, atracción, lenguaje no verbal, inferencia, deseabilidad social, locus de control, script o representaciones sociales*, entre otros

En México ha prevalecido un apego a la psicología social norteamericana, y este ramal de la psicología ha sido de los más prolíficos para auspiciar o reimpulsar tanto conceptos como nuevos campos de acción; la ya añeja psicología del trabajo, la llamada “psicología política” y más recientemente, la psicología forense.

Sin embargo la imprecisión de categorías ante otras áreas psicológicas y el conjunto de las ciencias llamadas “sociales”, respecto a cuál es su objeto de estudio, hacen cada vez más necesarios ejercicios de examinación.

La psicología toda, con sus apenas poco más de 140 años como espacio diferenciado del saber y en México, con poco más de 4 décadas reconocida como ciencia/profesión, arrastra una estructura categorial imprecisa y de muy precario lenguaje patrimonial, habiendo importado de modos inerciales y acríticos, vocabulario y enfoques desde la medicina y de algunas ciencias sociales.

Cabe agregar que en los recientes 15-20 años la psicología social en el país ha mostrado una ampliación de su desempeño investigativo y su presencia editorial; tal vez a ello se debe que irradia crecientemente con la formación investigativo-metodológica en la comunidad psicosocial y de otras áreas, e incluso disciplinas como la medicina.

Palabras clave: lo social, cultura, lo societal, culturalidad y psicología social.

ABSTRACT: Psychology called “social”, a branch of knowledge about human existence, has built a numerous constellation of concepts since the mid-twentieth century, such as: *collective soul, social perception, vital field, attitudes, group processes, cognition, categorization, stereotypes, prejudice or influence, persuasion, facilitation, cognitive dissonance, reasoned action, attribution, attraction, non-verbal language, inference, social desirability, locus of control, script or social representations*, among others

In Mexico, an attachment to North American social psychology has prevailed, and this branch of psychology has been one of the most prolific in promoting or reinvigorating both concepts and new fields of action; the old work psychology, the so-called “political psychology” and more recently, forensic psychology.

However, the imprecision of categories before other psychological areas and the set of so-called “social” sciences, regarding what is their object of study, make examination exercises more and more necessary.

Psychology as a whole, with just over 140 years as a differentiated space of knowledge and in Mexico, with just over 4 decades recognized as a science / profession, has an imprecise categorical structure and a very precarious patrimonial language, having imported inertial ways and uncritical, vocabulary and approaches from medicine and some social sciences. It should be added that in recent 15-20 years, social psychology in the country has shown an expansion of its investigative performance and its editorial presence; Perhaps this is why it increasingly radiates with research-methodological training in the psychosocial community and other areas, and even disciplines such as medicine.

Keywords: social, culture, societal, cultural-beauty and social psychology.

INTRODUCCIÓN

La psicología llamada “social”, rama del conocimiento sobre la existencia humana, ha construido una enorme constelación de conceptos a lo largo de más de un siglo: *alma colectiva, percepción social, campo vital, actitudes, procesos grupales, cognición, categorización, estereotipos, prejuicio o influencia*, entre muchos más. En textos de las décadas recientes aparecen o reaparecen algunos más como *persuasión, facilitación, disonancia cognoscitiva, acción razonada, atribución, atracción, lenguaje no verbal, inferencia, deseabilidad social, locus de control, script o representaciones sociales*.

Puede decirse que, en occidente, este ramal de la psicología ha sido de los más proliferos para auspiciar o reimpulsar tanto conceptos como nuevos campos de acción; es el caso de la ya añeja psicología del trabajo, la llamada “psicología política” y más recientemente, la psicología forense.

Sin embargo, la precisión de conceptos ante otras áreas psicológicas adolece de imprecisiones que, conforme sus fronteras se expandan, harán más obligado resolver y remontar. Y es que, como es notorio, la psicología toda, con sus apenas poco más de ciento cuarenta años como espacio diferenciado del saber, arrastra una estructura conceptual imprecisa y de muy precario lenguaje patrimonial, habiendo importado de modos automáticos, inerciales y acrílicos, mucho del vocabulario y enfoques desde la medicina y de algunas ciencias sociales.

Cabe agregar que en los recientes 15-20 años la psicología social ha mostrado una ampliación de su desempeño investigativo y su presencia editorial; tal vez a ello se debe que este segmento de la disciplina y ciencia psicológica irradia crecientemente con la formación investigativo-metodológica no sólo de quienes constituyen la comunidad psicosocial, sino inclusive de las demás áreas, e incluso otras disciplinas como la medicina.

De manera que parece justificado reflexionar con más atención en torno a conceptos como lo social, lo societal y cultura, conceptos que forman el marco y cimientos teórico/metodológicos de la psicología que llamamos *social*.

Lo Social vs lo Societal; Cultura o Estética

Uno de los conceptos clave, por cierto, no exclusivo ni de la psicología social ni de la psicología en general, sino del conjunto de las ciencias humanas, es el significado del concepto “*lo social*”.

Por supuesto no provoca espasmos recordar un dicho ordinario, de uso muy reiterado: “el hombre es social por naturaleza”.

Sin embargo, la certeza de esta formulación no es tan asimilable como pareciera ya que el concepto “lo social” porta y padece una inquietante polisemia, una carga que asombrosamente casi no despierta ni curiosidad ni intentos por precisarle.

Un primer intento de precisión consiste en proponer que las especies de organicidad colectiva son *sociales*; pero no

necesariamente sociales. Se adopta aquí este vocablo utilizado por Parsons, prototípico sociólogo estructuralista-funcionalista, aunque no fue de sus conceptos centrales (Parsons, 1974a y 1974b); del mismo modo que Luhmann, quien también lo mencionó de modo marginal (Luhmann, 1996 y 2007), desde luego en tanto discípulo, aunque crítico, del propio Parsons. Cabe especificar que en estas páginas la utilización del concepto *societal* o *societario* sirve para designar todo aquello que incumbe a la existencia colectiva, interactuante, gregaria, comunitaria. Y vale adelantar que por ello no es justificado homologar o hacer sinónimos a lo *societal* con lo social.

Desde este atrevimiento claro que son admisibles aspectos semejantes entre la *societalidad* animal y la humana; pero resulta artificioso decir que son semejantes por dizque ser especies “sociales”.

Es universalmente sabido que abejas, hormigas, sardinas, cebras o ñus viven asombrosos y complejos procesos de existencia colectiva o societal, y que rigen su vida individual y comunitaria merced a ineludibles pulsiones reflejas e instintuales.

En términos sencillos: sus dimensiones cognitivas y neurales alcanzan casi sólo activamientos psicofisiológicos, especialmente las emociones básicas, de las que dependen la alimentación, el apareamiento y la evasión o escape ante peligos.

A este respecto y dicho de paso, es prudente dirigir la mirada a esa otra suposición común, y no necesariamente acertada, según la cual las emociones son un hecho más cultural que orgánico (o “biológico”).

Veamos el punto de vista de un reconocido especialista en neurociencias:

(...) tenemos emociones primero y sentimientos después porque la evolución dio primero las emociones y después los sentimientos. Las emociones están constituidas a base de reacciones simples que promueven sin dificultad la supervivencia del organismo, y de este modo pudieron persistir fácilmente en la evolución (...) Todos los organismos vivos, desde la humilde ameba hasta el ser humano, nacen con dispositivos diseñados para resolver automáticamente, sin que se requiera el razonamiento adecuado, los problemas básicos de la vida. Dichos problemas son: encontrar fuentes de energía; mantener un equilibrio químico del interior compatible con el proceso vital; conservar la estructura del organismo mediante la reparación del desgaste natural; y detener los agentes externos de enfermedad y daño físico. La palabra homeostasis es el término apropiado para el conjunto de regulaciones y el estado resultante de vida regulada (Damasio, 2010).

Ante lo cual cabe extender una importante aclaración: *las emociones* son un hecho psiconatural, mientras que los sentimientos son tema psicosocial. Y un corolario: todo sentimiento es una emoción; pero no toda emoción es un sentimiento.

Volviendo al punto, difícilmente podemos decir que la sobrevivencia de especies societales como las mencionadas se debe a lo cultural, lo que equivale a decir con rigurosidad: lo social.

De modo que posponiendo por ahora algunas propuestas acerca de la enorme polisemia del concepto “lo social”, puede hacerse una precisión: del análisis de la sociedad no se sigue la caracterización conceptual de *lo social*. Lo que sí se acredita es el uso de lo societal. Reiterando: lo societal en estos renglones es sólo aquello referente a la vivencia gregaria, multitudinaria, comunitaria, colectiva, grupal.

Así, aquella ordinaria afirmación: “los seres humanos somos sociales por excelencia”, reconoce de manera simple y poco reflexiva, que somos especie de existencia colectiva. Lo que desde luego es cierto; pero es una insuficiente explicación acerca de lo que hace característico al género humano.

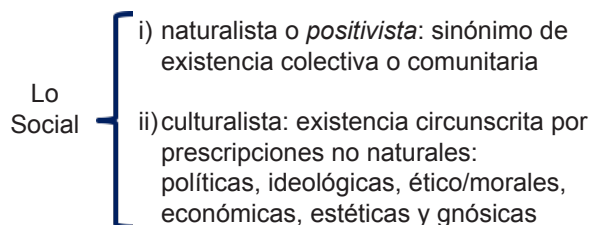
Esa presuposición confusa, que ha prevalecido durante más de un siglo, ha contado con el respaldo apabullante del predominio conceptual neopositivista, a su vez cimentado en un naturalismo craso.

Adelantando el argumento principal de estas páginas: la psicología social enfoca las maneras como las personas asimilan y expresan los elementos culturales del entorno del que forman parte; es decir, cómo asimilan y expresan lo social, no sólo lo *societal*, es decir: no sólo cómo interactúan con los demás.

Así, puede afirmarse que la psicología social tiene por objeto de estudio la impregnación y expresión de las dimensiones culturales en la estructura cognitivo/afectiva de individuos y colectivos, y su consecuente comportamiento.

Pero caben algunas consideraciones más.

En términos sintéticos puede afirmarse que existen dos sentidos del significado de la categoría “lo social”: uno naturalista o *positivista* y el culturalista.



i) naturalista o *positivista*. Recordando que el espinazo conceptual del positivismo es muy simple: los hechos humanos se rigen por leyes naturales inmutables, eternas e inmodificables por la acción humana, desde eso, los conglomerados humanos son vistos como un organismo compuesto por elementos en colectividad, y en consecuencia toda convivencia de seres vivos es llamada “sociedad”. Precisamente de allí emerge el concepto de uso generalizado: “aspectos de vida social” diciendo con ello: aspectos de vida

en colectivo, en aglomeración; tal cual afirmaba Durkheim en Las Reglas del Método Sociológico, uno de sus influyentes textos cumbre (Durkheim, 1976).

Desde esta simplista visión, toda especie no humana, por el simple hecho de vivir en multitud, aglomeración o colectividad, es considerada especie “social”. Este significado de “lo social”, de uso ordinario y de una simplicidad llana, consiste en homologarlo o igualarlo con lo colectivo, lo multitudinario, lo grupal o gregario. Se asume que, puesto que proviene de “sociedad”, por ende no cabría atribuirle otro significado. Así lo han formulado, en abuso de argumentos tautológicos por décadas, reconocidos teóricos naturalistas de la sociología:

En nuestro estudio de las sociedades, utilizaremos perspectivas tanto evolutivas como comparativas. Las primeras conciben al hombre como parte integrante del mundo orgánico, y a la sociedad y a la cultura humana como conceptos que tanto si se utiliza el adjetivo “biológico” como si no es así, el principio de la evolución está establecido firmemente en su aplicación al mundo de los seres vivos, en el que debe incluirse el aspecto social de la vida humana (...) Una sociedad es un tipo de sistema social, en cualquier universo de sistemas sociales, que alcanza el nivel más elevado de autosuficiencia como sistema en relación a sus ambientes (...) El sistema cultural estructura compromisos en relación a la realidad final en orientaciones significativas hacia el resto del ambiente y el sistema de acción, el mundo físico, los organismos, las personalidades y los sistemas sociales. En el sentido cibernético, es lo que se encuentra más arriba, dentro del sistema social, la personalidad y el organismo (Parsons, 1974 pp 10. 21 y 23).

Este sentido naturalista/positivista es de uso extensivo, y utilizado frecuente e indiscriminadamente en el lenguaje de las ciencias y las humanidades, como si fuese la incontrovertible y única manera de entenderlo. Y desde luego también habita firme en el lenguaje común.

Un caso ilustrativo de esta perspectiva se veía en un texto que fue clásico de los 70 y 80 en la especialización psicosocial, y con él una enorme cantidad de psicólogos fuimos enterados de la existencia y temáticas de esta rama de la psicología:

Podríamos hacer una larga lista de las ventajas de la vida social. Una división del trabajo integrada como la que se observa en los insectos sociales permite a cada individuo hacer aquello para lo que está mejor dotado (...) lo que debemos preguntar es lo siguiente: ¿por qué el individuo animal se porta como se porta en un sistema social?, la clase de respuestas que tenemos en mente es una aseveración acerca de los mecanismos y energías internos de la criatura individual que gobierna su conducta. Sabemos que estas aseveraciones a menudo tienen la forma de como si (...) No deben interpretarse los modelos como una suerte de neurofisiología literal. Sin embargo, a veces pueden hacerse aseveraciones acerca de la conducta del individuo en términos de una neurofisiología sería (Brown, 1972).

Pero esta acepción, expandidamente utilizada y tautológicamente confusa, proviene además de la controversia sobre cómo funcionan las colectividades animales y las humanas, intensificada desde el esplendor de la etología a mediados del siglo XX y perdurable hasta los 80, en palabras del afamado Desmond Morris (Morris, 1972) y desde luego las de Lorenz (1976 y 1985), junto a Nácher (1975), Tinbergen (1980) o el menos extemporáneo Eibl-Eibesfeldt (1992).

Palabras que suscitaron enconadas controversias por autores de argumentación culturalista como Montagu (1978), Lage, (1980), Lewontin, (1987) y De Lannoy & Feyereisen, (1989).

Pensemos en un sencillo ejemplo: se asume que los lobos son una especie caracterizada por ser cazadores y vivir en manada, por lo que se les ha etiquetado ser una "especie social". Desde el sentido común, lo son; pero desde la definición en sentido riguroso, la respuesta es no. ¿Por qué...?

Sencillamente debido a que todo aquello que los lobos hacen colectivamente está determinado, o "motivado" instintual, genéticamente; su existencia colectiva no es algo que hayan aprendido a expensas de reglas o convencionalidades, ni mediante algún tipo de comunicación o lenguaje entre ellos. No han (casi) creado o implantado reglas para la convivencia y sobrevivencia (aunque no todas las manadas ponen en práctica idénticos mecanismos organizativos).

Desde luego hay otros casos de especies como termitas, abejas u hormigas, cuya perfección de su organicidad colectiva es asombrosa. Sin embargo, no obstante esa organización gregaria, no son culturales, no son sociales; es decir: no requieren, para preservar su existencia de especie e individual, de ámbitos, aspectos o recursos que pudieran parecerse a los económicos, éticos, ideológicos, o políticos. Son sólo complejamente societales.

Pero cabe aclarar que no sólo la especie humana es cultural; lo único que puede aceptarse es que es sólo la especie que más ha desarrollado reglas de convivencia extranatural, ya que muchas otras especies han desarrollado, de modos menos complejos, elementos de convivencia propiamente cultural.

Al respecto hay una drástica y contemporánea teoría de la exageración naturalista o positivista que "explica" la organicidad humana: la sociobiología, que circunscribe la individualidad de los sujetos a ser simples portadores del supuestamente verdadero motor de la existencia: el ADN. Desde allí el individuo es entendido sólo como parte de un mecanismo para preservar y esparcir los elementos del ADN con el menor daño bioquímico posible; de manera que, en los vertebrados de mayor complejidad orgánica, los sistemas hipotalámico y límbico están diseñados sólo para perpetuar información genética. Por tanto, las modalidades afectivo-cognitivas como el amor y el odio deben entenderse como elementos funcionales que maximizan la transmisión de los genes, y no para promover satisfacción o supervivencia de los individuos.

La sociobiología es definida como el estudio sistemático de las bases biológicas de la "conducta social"; una de cuyas funciones primordiales es reformular los fundamentos de las ciencias sociales para atraerlas a una *síntesis moderna*. Y claro, ello se desprende del simple y elocuente precepto de lo social como sinónimo de lo colectivo:

...la evolución de la conducta social puede ser totalmente comprendida sólo mediante un entendimiento de, primero, la demografía, la que provee la información vital sobre el crecimiento poblacional y estructura etérea y, en segundo lugar, de la estructura genética de las poblaciones, las que nos hablan de que necesitamos saber acerca del tamaño efectivo de las poblaciones en el sentido genético, el coeficiente de relación entre las poblaciones y el monto del flujo genético entre ellas.

Sociedad: un grupo de individuos pertenecientes a la misma especie y organizados de manera cooperativa. Los términos sociedad y social necesitan ser definidos ampliamente para prevenir la exclusión de muchos fenómenos interesantes (Wilson, 2000 p 9).

Planteamientos como estos y otros de años anteriores que un zoólogo temerariamente postuló (Wilson, 1980), generaron intensas contrargumentaciones por Dawkins, (2000) y Veuille, (1990), entre muchos otros.

Pero recuperando el hilo respecto a la versión naturalista, puede afirmarse que los homínidos prehomino-sapiens, e incluso los homo sapiens-sapiens mismos, durante sus primeros 80 o 150 mil años de existencia fueron predominantemente societales, colectivistas; pero escasamente sociales, escasamente culturales. En pocas palabras: su sobrevivencia dependió predominantemente de ajustarse o adaptarse a las exigencias del entorno natural y de su estructura orgánica instintual y refleja; un trayecto semejante al desarrollo individual en la gestación materna.

Desde una óptica evolucionista, la especie homínida inició su convivencia propiamente cultural apenas milenios después, con la aparición del llamado *homo sapiens*, hace unos 200 mil años (Bradshaw, 1998). Habiendo convivido originariamente en colectivos, en comunidades sindiásmicas y trashumantes, no eran propiamente entes culturales, sociales, sino predominantemente naturales y desde luego predominantemente entes organizados societalmente. Una manera distinta de entenderlo es que, antes de haberse constituido como entes culturales (lo que reconocemos como el proceso civilizatorio expandente y no retrospectivo) en sus inicios fueron decisivos los impulsos tanto de la sedentariedad, el control del fuego, la música rudimentariamente percusiva y el lenguaje.

En palabras sinópticas: ontogénicamente todos nacemos naturales y, con el desarrollo (a expensas del cuidado de quienes se encargan de nuestra sobrevivencia), nos convertimos en culturales, sociales. Y de ese momento en adelante, en todo acto de nuestra vida, como individuos y también como integrantes de colectividades, lo social o lo cultural (en sentido

riguroso) antecede y circunscribe a lo natural en un proceso expansivo y sin retorno.

Dicho con un símil neurológico: al nacer, la sobrevivencia y control del organismo depende de instintos y reflejos, es decir del correcto funcionamiento de los cerebros reptílico y límbico (MacLean, 1990) ; pero al cabo de un año o un poco más (cuando además de un precario manejo lingüístico, el cerebro cuenta ya con una versátil constelación de conceptos), el control del organismo y las maneras de vivir dependen crecientemente del neocórtex, y hacia el final de la tercera década, nuestra existencia depende más del funcionamiento de los lóbulos frontales del neocórtex mismo.

ii) el otro modo de definir *lo social*, denominable culturalista, es aplicable sobre todo (aunque no exclusivamente) a la existencia humana, existencia que hoy, tras 200 mil años de convivencia como *homo sapiens*, es circunscrita por ámbitos como el denominable *gnósico* (todo cuanto tiene qué ver con el lenguaje y el conocimiento) además del *ideológico, estético, ético, político y económico*. En la relacionalidad o convivencia animal estos elementos existen muy precariamente (y por ello tampoco influyen mayor cosa).

En este punto es obligado ahondar en algo mencionado líneas antes respecto a que la cultura es “exclusivamente” cualidad de la existencia humana.

Sucede que uno de los peores excesos que la humanidad ha cometido contra los reinos animales es el antropocentrismo o antroposupremacía. Ya que, como se deduce de estudios de generación de lenguaje en algunos primates, décadas ha, testimoniaba Sagan:

En el lapso de estos últimos años, se ha puesto de relieve que también el cerebro de los primates está preparado aunque probablemente no en el mismo grado, para este acceso a la expresión de las ideas mediante el lenguaje. (...) el hombre ha exterminado de manera sistemática a los demás primates que mostraban signos de inteligencia (...) Es posible que hayamos actuado como instrumento de la selección natural suprimiendo la competencia en el plano intelectual y que hayamos hecho retroceder los límites de la inteligencia y las facultades lingüísticas entre los primates distintos del hombre hasta el punto de que parezcan inexistentes (Sagan, 1984 pp 154 y 156).

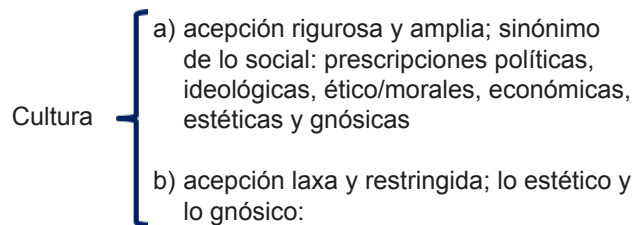
Pero inclusive aves como algunos loros (Bastos & Taylor, 2019 y 2020; Heaney, Bastos, Gray & Taylor, 2019) han implantado comportamientos de organicidad colectiva así como estrategias alimenticias no heredadas genéticamente y que, una vez “descubiertas”, son aprendidas por las nuevas generaciones; esos comportamientos denotan un aculturamiento un tanto rudimentario, primigenio; no importa si sólo imitativo, vicario.

Además asombrosos procesos de aculturación pueden observarse en animales domésticos, cuyo comportamiento alcanza expresiones difícilmente presentes en su existencia ordinaria.

Partiendo de estos reconocimientos sólo puede afirmarse, con sensata prudencia, que la cultura humana es hasta ahora más desarrollada; pero sólo por ahora...

Volviendo a “cultura”, siendo una categoría clave en las ciencias sociales (o humanas) enfrenta también usos difusos tanto en el habla común como en el lenguaje especializado de las ciencias; el más común consiste en reducirlo al ámbito de la estética, es decir, confinado al dominio de la producción y disfrute estéticos.

Así, cabe distinguir dos acepciones: una rigurosa y otra laxa.



a) En el sentido riguroso y amplio, como es sostenido en estas páginas, *Cultura* es sinónimo de lo social, junto a *civilización, naturaleza humana, hominización, segunda naturaleza*, o mejor aún: *culturalidad* (Ríos, 2013). En esta acepción rigurosa, la cultura es el conjunto de condiciones extrabiológicas que la humanidad ha construido a lo largo de su historia de 200 mil años, para regular su existencia colectiva e individual.

b) Por su parte, cultura, entendida en sentido laxo y restringido es todo aquello referido a la creación y consumo estéticos y gnósicos. Desde esta modalidad se habla de personas “cultas”, es decir, quienes han acumulado virtudes o destrezas intelectuales y estéticas. Asimismo, se habla de segmentos en los medios de información masiva destinados a las actividades artísticas y de espectáculos, y también desde luego, estructuras societales promotoras de dichas actividades.

Es decir, desde el sentido amplio y riguroso, o *Cultura* con mayúscula, la versión restringida y laxa, o *cultura* con minúscula, es sólo una expresión parcial o singular de *Cultura*, constituida por sus dimensiones estética y gnósica.

En complemento, desde esta perspectiva amplia y rigurosa, puede decirse que las *Culturas* son combinaciones de los ámbitos de lo social, concentradas en conjuntos humanos, en determinadas zonas geográficas y a lo largo de tiempos históricos específicos.

En sentido convergente con un artifice de la psicología cognitiva:

... para comprender al hombre, es preciso comprender cómo sus experiencias y sus actos están moldeados por sus estados intencionales; y el segundo es que la forma de esos estados intencionales sólo puede plasmarse mediante la participación en los sistemas simbólicos de la cultura (Bruner, 1991 p 15).

Y de una de los artífices de la psicometría en nuestro país y el continente latinoamericano recién fallecida:

Es así que la cultura es, como afirma Triandis, "la institucionalización de los programas de reforzamiento del pasado. Es el programa cognoscitivo que nos dice a qué atender en el medio ambiente, qué esperar y cómo evaluar lo que pasa" (Reyes, 2001 p73).

A su vez, en convergencia un reconocido exponente de la antropología expuso una escueta y contundente explicación: *la cultura abarca el conjunto de los procesos significantes* (García, 2004 p33).

Reiterando, aquí es asumida en sentido amplio y riguroso, es decir, producto del llamado proceso de *socialización* que consiste en los modos en que las personas imbuyen sus prescripciones, preceptos, creencias o actitudes en la subjetividad de los nuevos sujetos generacionales, y cuyos grandes ámbitos son, reiterando: *gnósico, ideológico, estético, ético, político y económico*.

Cabe además agregar que la Cultura no se hereda orgánica o genéticamente; sino que se aprende.

Y una vez aceptando que la aculturación no es asunto natural, sino sobre todo un asunto de convivencialidad humana (predominante, pero no exclusivamente), la cuestión puede plantearse de otra manera: la aculturación es lo que llamamos genéricamente proceso de socialización, que consiste en los modos en que las personas imbuyen sus prescripciones (valores, normas, actitudes, juicios y prejuicios, creencias e ideología) en la subjetividad de los demás. Desde luego, estamos hablando de *culturalidad humana*.

Pero: ¿cabría hablar de una *culturalidad no humana*? La respuesta es: desde luego que sí; pues son visibles rasgos de aculturamiento en primates como los chimpancés, orangutanes o gorilas, en cetáceos y algunas especies de aves.

Esto obliga a reconocer que no sólo el género humano es cultural; a lo sumo cabe admitir que, hasta el punto evolutivo

en que nos encontramos, nuestra aculturación es sólo más compleja; pero es también la más depredatoria de la naturaleza, al punto de haber hecho previsible la desaparición de la vida humana misma.

En sinopsis Cultura es aquí entendida, reiterando, como las constelaciones valorales (actitudinales, de creencias, preceptos idiosincrásicos) construidas por especies vivas complejas, con las que tales especies remontan las determinaciones naturales; es decir, son construcciones ideacional/afectivas, y sus correlatos comportamentales (e institucionalizados), que no se explican sólo como consecuencias evolutivas o genéticamente transmitidas.

Así, es menester insistir que las especies de organicidad colectiva desde luego son *sociales*; pero no necesariamente culturales, sociales. Desde esta óptica claro que hay semejanzas entre formas de *societalidad animal* y la humana; pero lo que es una tosca, rudimentaria y arbitraria temeridad, que no por extendida es aceptable, es aducir semejanzas en tanto especies *sociales* o *culturales*.

Ontogénicamente, insistiendo, todos los individuos humanos nacemos siendo predominantemente entes naturales, y con el desarrollo (tanto personal, como en interacción colectiva) nos constituimos en culturales o sociales (generalmente a expensas de la protección de quienes tutelan, en los años iniciales, nuestra sobrevivencia), y de allí en adelante lo cultural (reiterando: en sentido amplio y riguroso) antecede a lo natural, en un proceso expansivo y sin retroceso.

En resumen: la personalidad de una persona son sus modos de asumir (tácita o explícitamente) los preceptos de su Cultura; mientras que, dicho de un modo conjugado, la Cultura es la "personalidad" de una determinada geo-colectividad.

Un Acercamiento al Objeto de Estudio de la Psicología Social

Respecto a lo que en específico estudia la psicología social es común encontrar en multitud de autores que su objeto de estudio lo constituye el *psiquismo gregario* y la interacción



colectiva. La mayoría de las formulaciones se atienen al criterio de lo multitudinario, comunitario, o de chusma o manada. Todo ello circunscrito, como quedo planteado líneas antes, en la acepción positivista tradicional del vocablo “social”.

Pero las cosas son menos sencillas de lo que implica esa acepción superficial ya que, incluso en el nivel individual existen elementos que hacen a la individualidad una expresión singularizada de colectivos; en otras palabras: ser individuo es parte del ente colectivo. Pero no cabe detenerse aquí en este aserto filosófico.

Visto de un modo más panorámico, en estos reglones se asume, una vez más, que la psicología social (o cultural) tiene por objeto de estudio a los impactos de la Cultura en la cognición/afectividad de individuos y/o de colectivos, es decir: cómo los componentes de la Cultura son tanto introyectados como expresados, sea tanto por colectivos como por individuos. De modo que la psicología social no sólo estudia el psiquismo de colectivos, ni sólo la interacción.

Pero miremos algunas variantes para definirlo.

En la enorme mayoría de autores es evidente el uso de concentrados tintes de tautologismo, es decir, lo social es lo que estudia lo social; lo cual es semejante a la respuesta a la pregunta ¿qué son o en qué consisten los procesos psíquicos?, y se responde que los procesos psíquicos son aquello que estudia la psicología; y por ende: la psicología es la ciencia que estudia los procesos psíquicos...

Así, tenemos que, para definir Psicología Social, menudean aserciones como las siguientes.

Primero, de un afamado autor español:

(...) el hecho de que todo aquello que es histórico sea necesariamente contingente, concreto particular, e inseparable de sus condiciones de producción, imprime unas características particulares a las ciencias (puesto que, sociales o no éstas no dejan de ser, todas ellas, producciones sociales y, por lo tanto, históricas), y a los objetos sociales (y sólo a ellos, puesto que los objetos “naturales”, son temporales, pero no históricos) (Ibañez, T. en Páez, D. et al, 1992 p21.

Dos norteamericanos:

Los psicólogos, como psicólogos, están principalmente preocupados con el análisis en términos del comportamiento individual; los sociólogos, como sociólogos, están interesados primordialmente en el análisis en términos del sistema social. A los antropólogos les conciernen los sistemas culturales. Los psicólogos sociales, sin embargo, aunque consideran como sus datos básicos el comportamiento y características de los individuos, tratan de entender el comportamiento individual en términos de las variables de los tres sistemas (...) La característica más importante de la vida humana es su carácter social. Las personas hacen cosas conjuntamente, trabajan y juegan juntas. Más aún, al interactuar comparten un

entendimiento de sus varios actos, y reaccionan entre sí en términos de estos significados. La psicología social estudia el comportamiento de los individuos en contextos sociales. Por lo tanto su preocupación difiere de aquella de la psicología general, que frecuentemente aísla al individuo de su medio social. Difere de la sociología también, ya que ésta última estudia los patrones de interacción social separándolos del individuo que participa en ellos (Seccord y Backman, 1976 pp3 y 6).

Estas dos versiones pasan de largo y sin preocupaciones respecto a precisar si “lo social” pudiera ser algo distinto a lo colectivo. He allí el influjo encubierto e intacto del naturalismo neopositivista. Pero, un tanto en abuso de citas, acerquémonos a un ramillete de definiciones sobre el objeto de estudio de la psicología social.

En un tenor semejante El español Amalio Blanco, tras una escrupulosa revisión de los anales lejanos de la Psicología Social, especialmente en Europa (menciona autores anteriores a Wundt), también incurre en avatares tautológicos al momento de definir:

Lo que realmente caracteriza a esta disciplina es una manera de hacer, la adopción de una perspectiva peculiar a la hora de enfrentarse a los asuntos de siempre, una actitud y un estilo particulares de instalarse frente a la realidad social (...) Pero hay un claro bloque definicional especialmente ajustado a esta segunda categoría, la aproximación grupal (teorías de la mente, de grupo, del alma, de la muchedumbre etc.) donde los Psicología social aparece como la encargada del estudio de las entidades psíquicas supra-individuales o simplemente de los fenómenos grupales en cuanto tales (...) La Psicología social no existió cuando quiso sino cuando pudo y esto no empezó a ocurrir hasta bien pasada la primera mitad del XIX (Blanco, 1995 pp 16, 19 y 21).

De su coetáneo Luis Buceta, no obstante, el amplio espectro revisado de los precursores de la Psicología social también cae en los mismos manejos conceptuales:

Hemos observado que la psicología social aparece como necesidad de afrontar los problemas que llevan implícitos la relación entre el individuo y sociedad o entre lo individual y lo social como algunos prefieren denominarla (...) No se ocupa sólo de los mecanismos de la motivación del aprendizaje y la adaptación del individuo; tampoco estudia aisladamente los mecanismos de interacción social, sino el modo en que operan en el individuo las ideas, actitudes y valores de un grupo dado (...) Es ante todo Psicología porque su campo implica el conocimiento del comportamiento pero es social porque estudia este comportamiento en situaciones y circunstancias sociales (Buceta, 1979 pp157-158 y 159).

Y claro que en sus deliberaciones hay puntos muy aleccionantes no contemplados desde la vertiente norteamericanista.

Por ejemplo, que la psicología llamada social se consolida en el período entre guerras y fuertemente apegada a una óptica

de experimentación. En tal sentido concurre Expósito quien distingue entre psicología social básica y psicología social aplicada (PSA):

El nacimiento de la psicología social hay que situarlo después de la Primera Guerra Mundial (Allport, 1968) El evento al que siguieron la expansión del comunismo la gran depresión de los años 30 en estados unidos el auge del nazismo del genocidio judío la 2ª Guerra Mundial y la guerra fría (...) Más concretamente, el surgimiento, evolución y consolidación de la psicología social (y por consiguiente de la PSA) están profundamente arraigados en el desarrollo y evolución de la sociedad estadounidense de principios de siglo XX (Expósito, 2005 pp23 y 24).

Cabría añadir que desde entonces se consolida una fecunda y sólida tendencia a la proliferación de teorías de pequeño rango conceptual (Pariguin, 1986, pp 37-40) y de escasa solidez conceptual (Deutsch & Krauss, 1990 pp 18-19).

Pero en palabras de un reconocido clásico de la tradición norteamericana:

¿Qué es la psicología social? La psicología social es uno de los campos científicos dedicados al estudio objetivo de la conducta humana. Su atención se centra, especialmente, en la comprensión de las influencias que producen regularidades y diversidades en el comportamiento social humano, para cuyo estudio apela al análisis sistemático de datos, obtenidos mediante rigurosos métodos científicos. El carácter distintivo de la psicología social surge de dos factores fundamentales: primero, su interés en el individuo como participante en las relaciones sociales; segundo, la singular importancia que atribuye a la comprensión de los procesos de influencia social subyacentes, bajo tales relaciones (Hollander, 1978 p14).

Del clásico psicólogo social norteamericano mencionado renglones atrás:

Podríamos hacer una larga lista de las ventajas de la vida social. Una división del trabajo integrada como la que se observa en los insectos sociales permite a cada individuo hacer aquello para lo que está mejor dotado (...) Lo que debemos preguntar en seguida es lo siguiente: "¿por qué el individuo se porta como se porta en un sistema social?" (...) La interiorización o apropiación de los valores morales tal vez dependa, como creyó Freud, del desarrollo de un vigoroso afecto. En este desarrollo tal vez existan periodos críticos y personas de importancia decisiva. La adquisición de la conciencia desempeña en la vida humana un papel integrador semejante a la 'conciencia de la especie' que el troquelado crea en las aves (Brown, 1972 pp13, 29 y 49/50).

En palabras de otros norteamericanos:

Los psicólogos sociales se interesan profundamente en la manera en que las personas piensan unas de otras, se influyen y relacionan entre sí. Pero también lo hacen los sociólogos, los psicólogos de la personalidad e incluso los novelistas y los filósofos (...) la psicología social se centra

menos en las diferencias entre individuos y más en la manera en que las personas, en general, se perciben y se afectan entre sí (Myers, 1995 pp 3 y 29).

Uno más:

La psicología social estudia la interacción recíproca entre las personas y los efectos que esta interacción ejerce sobre los pensamientos, sentimientos, emociones y hábitos del individuo. Como campo de investigación, la psicología social tiene sus raíces en la psicología y la sociología, pero la historia, la ciencia política, la economía y la filosofía han contribuido mucho al estudio de la interacción humana (...) el modo en que operan en el individuo las ideas, actitudes y valores de un grupo dado (...) se ocupa especialmente de las ideas y la acción de los individuos en sus relaciones más amplias, generalmente públicas (Young, 1974, p17, 18 y 19).

Y autores muy consultados en los 70:

La psicología social es el estudio experimental de los individuos en su ambiente social y cultural. Por medio de su preparación y experiencia, el psicólogo social se encuentra estimulado a ampliar sus vistas, pasando de las preocupaciones estrictamente psicológicas, hasta incluir en su perspectiva del mundo social que afecta la conducta de los individuos e influye en sus maneras de actuar (...) Debido a que tiene tanto interés por los ambientes sociales y culturales de la conducta como por los individuos, lleva al cabo sus experimentos teniendo presente tanto su contexto social como el individual, controlando, cuando es posible, el efecto de uno cuando se relaciona con el otro (Lambert & Lambert, 1979, p1).

Y de otro afamado autor norteamericano:

Hay casi tantas definiciones de la psicología social como psicólogos sociales (...) Nuestra definición la Psicología es la ciencia de la mente y la Psicología Social es la ciencia de los aspectos sociales de la vida mental (...) ciencia de la mente y de la sociedad. Los seres humanos somos animales sociales: vivimos en sociedades, grupos y culturas; organizamos de forma natural nuestras vidas en relación con otros seres humanos y estamos influidos por nuestra historia social, nuestras instituciones y actividades (Turner, en Morales, 1994 pp 4y5).

De un integrante más de la psicología social española:

Una forma habitual de delimitar el campo de estudio de la Psicología Social consiste en decir que ésta debe centrarse en analizar la relación entre el individuo y la sociedad. Su labor sería así describir el proceso de socialización del individuo y/o cómo los individuos pueden llegar a producir ideologías, valores, normas y, en definitiva, la organización de la sociedad (Pérez, en Morales, 1996 p26).

En palabras del rumano Moscovici, fallecido hace pocos años, el más influyente de los psicólogos europeos en México:

De manera similar, la psicología social --en mi opinión al menos- se ha ocupado y sigue haciéndolo de un solo y único problema: ¿por qué se produce el conflicto entre individuo y sociedad? Ninguna otra ciencia aborda este problema de forma tan directa, ninguna siente una atracción tan profunda por ese conflicto. Y aquellas ciencias que lo hacen se aproximan a la psicología social, como sucedió con el psicoanálisis al interesarse éste por los fenómenos de masa. También es el caso de la historia cuando estudia los fenómenos de la mentalidad. Y la recíproca también es cierta. Siempre que la psicología social olvida este problema para estudiar en paralelo y con independencia uno de otro, ya sea lo social o lo individual, como sucede actualmente en los Estados Unidos, pierde su personalidad, convirtiéndose incluso en un apéndice, inútil, de otra ciencia (...) yo formularía, como objeto central, exclusivo de la psicología social, todos los fenómenos relacionados con la ideología y la comunicación, ordenados según su génesis, su estructura y su función. Por lo que respecta a los primeros, sabemos que consisten en sistemas de representaciones y de actitudes. A ellos se refieren todos los fenómenos familiares de prejuicios sociales o raciales, de estereotipos, de creencias, etc. Su rasgo común es que expresan una representación social que individuos y grupos se forman para actuar y comunicar. Es evidente que son estas representaciones las que dan forma a esta realidad, mitad física y mitad imaginaria que es la realidad social. Ahora ya disponemos de una segunda fórmula: la psicología social es la ciencia de los fenómenos de la ideología (cogniciones y representaciones sociales) y de los fenómenos de comunicación (Moscovici, 1985 p18y19).

Veamos ahora una perspectiva latinoamericana crítica de los años 70 y 80:

En el estudio de cómo es la relación entre el hombre y su medio sociocultural es que se encuentra el campo de la psicología social (...) La psicología social se interesa por la descripción de las características de O (características internas del sujeto). Diferentes conceptos han sido utilizados para referirse a este orden de fenómenos: desde un punto de vista más global se ha hablado de "conciencia social", o de "cultura subjetiva" (Triandis, 1973); desde un punto de vista más analítico se ha hablado de valores, actitudes, creencias, hábitos, expectativas, cogniciones, etc. Pero no se ocupa únicamente de describir en la mejor forma posible los componentes de esa conciencia social; también se ocupa de estudiar cómo ésta es adquirida: se ocupa básicamente del proceso de socialización, del proceso a través del cual el hombre se convierte en miembro funcionante de su sociedad (...) cómo interactúa el hombre con los demás, de qué manera funciona como receptor y emisor de estímulos tanto a nivel de grupo, a nivel de organización o a nivel de sociedad: el problema de la interacción (Salazar, 1980 pp13 y 22-23).

En palabras de otro latinoamericano, pero de concentrado apego a la visión norteamericana:

...la psicología social es el estudio científico de las manifestaciones de comportamiento de carácter situacional suscitadas por la interacción de una persona con otras personas o por la mera expectativa de tal interacción, así como de los estados internos que se infieren lógicamente de estas manifestaciones (Rodrigues, p16).

Desde la impetuosa y reciente avalancha de la literatura psicosocial española:

La psicología social tiene como objeto de estudio la acción humana desde una perspectiva interaccionista, de forma que su principal objeto de estudio es justamente la interacción social. Ahora bien, hemos de tener siempre en cuenta que cuando hablamos de conducta social humana nos referimos a una conducta intencional, cultural, simbólica y siempre motivada por las emociones (...) la psicología social se debe ocupar del mundo social considerado como un mundo intencional, a diferencia del mundo mecanicista de objetos físicamente aislables, que caracterizaría a un enfoque conductista. En suma, y aún a riesgo de perder en exactitud, diré que la psicología social estudia, desde una perspectiva eminentemente psicosocial, la acción social humana, las relaciones interpersonales y las relaciones intergrupales, y que ello lo hace básicamente de dos maneras: o bien analizando temas interaccionistas en sí mismos como es la influencia social o en la persuasión, o bien aplicando su perspectiva interaccionista o psicosocial a temas analizados también por otras disciplinas como puede ser el género, el racismo o en la violencia (Ovejero, 2010 p).

Pero veamos con atención las sugerentes propuestas de Díaz-Loving quien también, desde la asunción de lo social como sinónimo de lo colectivo, plantea la existencia de "tres psicologías sociales": la psicológica, la sociológica y la cultural:

En el caso de la psicología social, las teorías y la investigación giran en torno a tres temas fundamentales: a) los productos y procesos relacionados con la creación y el establecimiento --dentro de cada grupo sociocultural- de un ambiente hecho por el hombre. Este ambiente consta de dos elementos básicos: la construcción subjetiva de opiniones, conocimientos, actitudes, atribuciones, normas, tradiciones y valores, y las creaciones concretas y objetivas, como dietas, formas de transporte y comunicación, viviendas, monumentos, etc.; b) la forma idiosincrásica en que el hombre procesa la información mediante la percepción, la decodificación, la interpretación, el almacenamiento, la combinación y la recuperación de estímulos verbales, físicos y contextuales. El proceso abarca la heurística para discernir infinidad de estímulos aplicando técnicas de procesamiento de información (...) c) el estudio de las formas y fuentes de la influencia social, en que las culturas subjetiva y objetiva se transmiten y se aprenden a través de los procesos de socialización, endoaculturación y aculturación (Kimble et al, 2002 p 469).

Desde su punto de vista, lo ordinariamente reconocido como simplemente *psicología social* es en realidad psicología "social psicológica":

Psicología social se centra en el estudio de los motivos, de las capacidades, de las actitudes de la cognición, de las emociones y conductas en los resultados psicológicos (conductas observables y características ingeridas) del modelo. La psicología social cultural pone de relieve el proceso de la transmisión y adaptación cultural presentes en los procesos del modelo. El paradigma sociológico aparece en la interacción de las variables ambientales (contextos socio-políticos y ecológicos) y las de resultados (características inferidas). Abarca, además, la contribución de las variables biológicas que suelen estudiarse en bio-psicología, en la psicología comparativa y en socio-biología (Ibídem, p 472).

Esta aproximación se asienta en los cimientos de la teoría que R. Díaz-Guerrero, el artífice de la psicología en México, denominó "Bio-psico-socio-cultural", quien lo desembocó posteriormente en el sugerente modelo *Etnopsicología*, construido a lo largo de más de 4 décadas de rigurosa investigación psicosocial (Díaz-Guerrero, 1979, 1986, 1991, 2003).

En conclusión sinóptica: la definición predominante es rudimentaria y superficial sobre el objeto de estudio de la psicología social; ya que se asume al psiquismo colectivo, gregario, multitudinario, de chusma, manada o muchedumbre. Y su equivalente: que estudia el comportamiento de colectivos o procesos grupales.

Por ende no tendría que ser lo mismo hablar de Psicología Social que de *Psicología Societal*.

Desde la psicología *Societal* se tratarían los procesos de la existencia gregaria, comunitaria o multitudinaria (como sostienen la mayoría de quienes la definen). Y desde esta postura sólo se sostendría de manera confusa y difusa (como sucede) hablar del influjo de la Cultura entre los integrantes de muchedumbres, conglomerados, colonias, grupos, comunidades o sociedades.

De modo que, en contraste, desde la psicología propiamente Social o Cultural, la columna vertebral teórica consiste en que estudia los influjos de la Cultura en la existencia de los sujetos, la impregnación y expresión de las dimensiones Culturales en la estructura cognitivo/emocional y regularidades comportamentales, sea de individuos o de colectivos.

Esto conduce a otra zona teóricamente cercana: ¿qué significa hablar de elementos o variables *psicosociales* o *psicoculturales*?

Una primera respuesta es: debemos diferenciarlos de los elementos o variables *psiconaturales* es decir, los que constituyen el funcionamiento orgánico: los mecanismos fisiológicos, anatómicos y endócrinos del psiquismo, que son lo psicofísico, lo neurocerebral, el sustrato neural del funcionamiento vegetativo. Genéricamente dicho, lo constituyen el sistema límbico, los receptores sensoriales y los neuromediadores bioquímicos. Cabe aquí recurrir de nuevo al modelo del Cerebro Trino (MacLean, 1990).

Así queda que lo *psiconatural* consiste principalmente en los mecanismos que regulan el complejo R y el sistema límbico. Llegados a este punto se pueden agregar las propuestas de Bunge para quien lo psiconatural es identificable con ese psiquismo en cuya función y génesis interviene escasamente el aprendizaje; es el psiquismo orgánico "preprogramado" genéticamente, la actividad neural no plástica:

Parte de la actividad del cerebro no es mental, habiendo sistemas neurales que no son capaces de encargarse de funciones (actividades, procesos mentales) (...) Los únicos sistemas neurales capaces de aprender son los no comprometidos; el aprendizaje es una función del córtex asociativo, porción del córtex que no es ni sensorial ni motora. Además enunciaremos la hipótesis de que los sistemas neurales no comprometidos (o plásticos) son el <asiento> o <correlato neural> de lo mental (Bunge, 1999 p92).

Una segunda respuesta es: de acuerdo a un esquema propio sobre la vida integral (Gómez, 2006), los seres humanos conjuntamos tres grandes dimensiones: la orgánica, la convivencial y la mental; los ámbitos psicosociales pertenecen absolutamente a la tercera, y los psiconaturales predominantemente a la primera

Y una tercera contestación: los elementos o variables psicosociales que cabe reiterar una vez más, son también denominables psicoculturales, constituyen propiamente la amalgama cognitividad/afectividad, conceptualizable e investigable en expresiones singularizadas como: perceptualidad, atribuciones, valores, autoconcepto, creencias, constancias perceptuales, simbolizaciones, juicios o actitudes, entre muchas otras variantes conceptuales.

Y una cuarta respuesta: tanto lo psicosocial, como lo psiconatural son dimensiones internas de las personas, y de los organismos de mayor complejidad evolutiva. Esto cobra especial relevancia por cuanto las *variables psicosociales* son temática central en la psicología del trabajo, aunque atrapada en una asombrosa confusión e inconcebible imprecisión.

Por tanto, cabe decir que claro que hay existencia social o Cultural tanto colectiva o societal como individual, del mismo modo que hay vida natural, tanto individual como colectiva o societal.

Desde luego sería una impudencia sugerir que la complejidad de los aspectos psiconaturales es menor que la de los psicosociales, aunque su especificidad obliga a premisas y estrategias investigativas y teóricas muy distintas; para investigar e intervenir sobre lo psiconatural son predominantemente necesarias premisas del saber orgánico (en especial bioquímico), mientras que para lo psicosocial, son necesarios elementos de las llamadas ciencias humanas o sociales (antropología, sociología, economía, axiología, política o ideología).

Pero curiosamente, en la breve historia de la psicología rigurosa, contando desde la implantación del primer laboratorio

de investigación psicológica por Wundt en 1879, primero se investigaron procesos psiconaturales; la denominada “psicofísica clásica” que se autodenominaba ciencia natural psicológica. Inclusive desde años antes provenía la afamada ley de Weber y Fechner sobre la especificidad sensorial (Norwich, 2003 Norwich, 2003 pp 13-22; Leahey, 2005 pp196-197; Merani, 1976 pp417-446; Santamaría, 2017 pp 58-64; y Garrett 1979 pp 412-433).

Por ende cabe una última insistencia: aquello que emplaza a la psicología social como su objeto de estudio son los aspectos psicosociales, es decir, cómo en las dimensiones cognitivo/afectivas –y en el comportamiento– son introyectadas y se expresan, los elementos de la Cultura, los componentes de lo social, tanto en individuos como en colectivos. Esto es lo que imprime a la psicología su pleno carácter de ciencia social.

Por su parte, el carácter de ciencia natural, que pudiéramos mencionar como biopsicología, o dimensiones psiconaturales del ser humano, se asienta predominantemente en el cúmulo de saberes sobre la fisiología de la sensorialidad, las emociones básicas y los sustratos y mecanismos orgánicos neurales correspondientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Archibald, W. Peter (1978). *Social Psychology as Political Economy*. McGraw-Hill Ryerson Limited. Canada.
- Aronson, Elliot (2002). *El Animal Social*. Alianza Editorial: Madrid.
- Bastos, A. P. M., & Taylor, A. H. (2019). Kea Represent Object Trajectory and Identity. *Scientific reports*, 9 (1) 10.1038/s41598-019-56380-4.
- Bastos, A. P. M., & Taylor, A. H. (2020). Kea show three signatures of domain-general statistical inference. *Nature Communications*, 11 (1)10.1038/s41467-020-14695-1
- Blanco, Amalio (1995). *Cinco Tradiciones en la Psicología Social*. Eds. MORATA: Madrid.
- Bradshaw, John L. (1998). *Evolución Humana; una perspectiva neuropsicológica*. MIT Press Psicología: Gran Bretaña.
- Brown, Roger (1972; EU, 1965). *Psicología Social*. Siglo XXI Edtrs.: México.
- Bruner, Jerome (1991; Harvard, 1990). *Actos de Significado; más allá de la revolución cognitiva*. Alianza Editorial.: Madrid.
- Buceta, Luis (1979). *Introducción Histórica a la Psicología Social*. Eds. Vicens-Vives: Barcelona.
- Bunge, Mario (1999; Inglaterra, 1980). *El Problema MenteCerebro; un enfoque psicobiológico*. Eds. Altaya: Barcelona.
- Crano, William D. & Brewer, Marilyn B. (1977; 1073 EU). *Fundamentos de la Investigación en Psicología Social*. Ed. El Manual Moderno: México.
- Dawkins, Richard (2000). *El Gen Egoísta*. Grupo Anaya Comercial: México.
- Damasio, Antonio (2010). *En Busca de Spinoza; neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Ed. Crítica: Barcelona.
- De Lannoy, J. y Feyereisen, P. (1989; Francia, 1987). *La Etología Humana*. Siglo XXI Edtrs.: México.
- Deutsch, M. & Krauss, R.M. (1990). *Teorías en Psicología Social*. Ed. Paidós Studio Básica: México, 4a reimp.
- Díaz-Guerrero, Rogelio (1979; 1967). *Psicología del Mexicano; descubrimiento de la etnopsicología*. México: Edit. Trillas.
- Díaz-Guerrero, Rogelio (1986). Hacia una Etnología. *La Psicología Social en México Vol.I AMEPSO*: México pp 5-9.
- Díaz-Guerrero, R. (1991). Premisas Histórico Socioculturales de Díaz-Guerrero aplicadas a Estudiantes Preparatorianos de la Ciudad de México en 1991. *Processes Affecting Psychologist* Vol.41, No.10 pp 1040-1048.
- Díaz-Guerrero, Rogelio (2003). *Bajo las Garras de la Cultura; psicología del mexicano 2*. Ed. Trillas: México. 968-24-6713-6
- Doise, W., Deschamps, J-C. & Mugny, F. (1980). *Psicología Social Experimental; autonomía, diferenciación e integración*. Editorial Hispano Europea: Barcelona.
- Durkheim, Emilio (1976; París, 1895). *Las Reglas del Método Sociológico*. Edit. La Pléyade: Buenos Aires.
- Eibl-Eibesfeldt, E. (1992). *Sobre la Naturaleza Humana*. Fondo de Cultura Económica: México, 1ra. reimp.: México.
- Expósito, Francisca & Moya, Miguel (2005). *Aplicando la Psicología Social*. Eds. Pirámide: Madrid.
- Garrett, Henry E. (1979). *Las Grandes Realizaciones de la Psicología Experimental*, 6ª reimp. Fondo de Cultura Económica: México. pp 412-433.
- García Canclini, N. (2004). *Diferentes, Desiguales y Desconectados; mapas de la interculturalidad*. Edit. Gedisa: Barcelona.
- Gómez, Pérez, G. (2006). Reflexiones en Torno al Concepto “Salud”. *Rev. de Psicología; procesos psicológicos y sociales*. Vol. 2 No. 1. Fac. de Psicología, Universidad Veracruzana, Xalapa: México.
- Gómez, Pérez, G. (2015). Lo Psicosocial y el Trabajo; reflexiones abreviadas. *Efectos Psicosociales de la Crisis Laboral y la Precarización del Trabajo*. UAM-Xochimilco: México, pp 49-62.
- Heaney, M., Bastos, A. P. M., Gray, R. D., & Taylor, A. H. (2019). Are kea prosocial? *Ethology*, 126 (2), pp 176-184.
- Hollander, Edwin (1978). *Principios y Métodos de Psicología Social*. Amorrortu Editores: Buenos Aires.
- Insko, Ch. A. & Shopler, J. (1980; 1973 NY). *Psicología Social Experimental*. Ed. Trillas: México.
- Jones, Edward E. & Gerard, Harold B. (1980; EU, 1967). *Principios de la Psicología Social*. Editorial LIMUSA, México.
- Kardiner Abram (1955; en inglés: 1945). *Fronteras Psicológicas de la Sociedad*. Fondo de Cultura Económica: México.
- Kimble, Ch., Hirt, E. Y Díaz-Loving, R. et al (2002). *Psicología Social de las Américas*. Prentice-Hall/Pearson: México.
- Lage, Elisabeth *El Pecado Capital de la Etología: K. Lorenz* en: ACHARD, P. (1980; París, 1977). *Discurso Biológico y Orden Social*. Edit. Nueva Imagen: México pp 225251.
- Lambert, William W & Lambert, Wallace E. (1979). *Psicología Social*. UTEHA: México.
- Leahey, Thomas H. (2005). *Historia de la Psicología*. Pearson Educación 6ª ed.: Madrid.
- Lewontin, R.C.; Rose, S, & Kamin, Leon J. (1987; NY, 1984). *Crítica del Racismo Biológico*. Edit. Grijalbo/CNCA: México.
- Lippa, Richard A. (1994; EU, 1990). *Introduction to Social Psychology*. Brooks/Cole Publishing Co.: EU.

- Lorenz, Konrad (1976; Munich, 1965). *Consideraciones Sobre las Conductas Animal y Humana*. Plaza & Janés Edtrs.: Barcelona.
- Lorenz, Konrad (1985). *La Otra Cara del espejo*. Plaza y Janés Editores: Barcelona.
- Lorenz, K. Y Leyhausen, P. (1973; Munich, 1968). *Biología del Comportamiento; raíces instintivas de la agresión, el miedo y la libertad*. Siglo XXI Edtrs.: México.
- Luhmann, N. (1996). *Introducción a la teoría de sistemas. Lecciones*. publicadas por Javier Torres Nafarrate. Universidad Iberoamericana. Colección Teoría Social: México.
- Luhmann, N. (2007). *La Sociedad de la Sociedad*. Editorial Herder: México.
- Maclean, Paul D. (1990). *The Triune Brain In Evolution; role in paleocerebral functions*. Plenum: New York.
- Merani, Alberto (1976). *Historia Crítica de la Psicología*. Edit. Grijalbo colec. Biología y Psicología de Hoy: Barcelona, pp417-446.
- Montagu, Ashley (1978; Inglaterra, 1975). *La Naturaleza de la Agresividad Humana*. Alianza Editorial: Madrid.
- Morales, J. Francisco et al (1994). *Psicología Social*. Mc Graw Hill: Madrid.
- Morales, J.F. (1996). *Psicología Social*. McGraw-Hill: México 1ra ed.
- Morris, Desmond 1972 (N.Y., 1967). *El Mono Desnudo*. Plaza y Janés, colec. Rotativa: Barcelona.
- Moscovici, Serge (1985). *Psicología Social I*. Eds. Paidós Ibérica: Barcelona.
- Myers, D. G. (1995; 1993, USA). *Psicología Social*. McGraw-Hill: México
- Nacher, Enrique (1975). *El Mono Vestido*. Plaza y Janés, colec. Rotativa: Barcelona.
- Norwich, K. (2003). *Information, Sensation and Perception*. Biopsychology: University of Toronto.
- Ovejero Bernal, A. (2010). *Psicología Social; algunas claves para entender la conducta humana*. Ed. Biblioteca Nueva: Madrid.
- Paez, Darío; Valencia, J.; Morales, J.F.; Sarabia, B. Y Ursua, N. (1992). *Teoría y Método en Psicología Social*. Ed. Anthropos: Barcelona.
- Pariguin, B. D. (1986). *La Psicología Social; un poco de historia* en: GÓMEZ P., G. *Enclaves Psicológicos*. México: Eds. Fontamara pp11-43.
- Parsons, T. (1974a; EU 1966). *La Sociedad; perspectivas evolutivas y comparativas*. Ed. Trillas: México.
- PARSONS, Talcott (1974b; 1971 Nueva Jersey). *El Sistema de las Sociedades Modernas*. Edit. Trillas: México.
- Reyes Lagunes, I. (2001). Aportaciones a la Medición de la Personalidad en México en; *Psicología Social; investigación y aplicaciones en México*. FCE: México, pp 65-99.
- Ríos, Juan Heladio (2013). Conferencia magistral sobre *Obesigenia y Hábitos Alimenticios*. IPN: México.
- Rodrigues, Aroldo (1976). *Psicología Social*. Edit. Trillas: México.
- Sagan Carl (1984; Nueva York, 1977). *Los Dragones del Edén; especulaciones sobre la evolución de la inteligencia humana*. Ed. Grijalbo: México.
- Salazar, J.M. et al (1980). *Psicología Social*. Edit. Trillas: México.
- Santamaría Carlos (2017). *Historia de la Psicología; del nacimiento de una ciencia, 7ª reimp.* Editorial Ariel: Barcelona.
- Seccord, Paul F. & Backman, Carl W. (1976). *Psicología Social*. McGraw-Hill: México.
- Shaw, Marvin & Constanzo, Philip R. (1970) McGraw-Hill Companies. EU.
- Tinbergen, Nico (1980; Londres, 1951). *El Estudio del Instinto*. Siglo XXI Edits.: México.
- Triandis, Harry C. (1994). Cultura: el Nuevo Énfasis en Psicología, *Rev. de Psicología Social y Personalidad*. Vol.X, núm.1 México: AMEPSO pp 116.
- Vázquez Ortega, J.J. (2007). El quehacer de la psicología social de la liberación en el ámbito de los derechos humanos. En *Psicología Social: perspectivas y aportaciones hacia un mundo posible*. México, pp 157-167.
- Veuille, Michel (1990; 1986, París). *La Sociobiología; bases biológicas del comportamiento social*. Edit. Grijalbo/ CNCA: México.
- Whittaker, James (1079). *La Psicología Social en el Mundo de Hoy*. Editorial Trillas: México.
- Wilson, Edward (2000). *Sociobiología*. Belknap; Harvard: UE.
- Wilson, Edward (1980; 1978 Mass.). *Sobre la Naturaleza Humana*. Fondo de Cultura Económica: México.
- Young, Kimball (1974). *Psicología Social*. Editorial Paidós: Buenos Aires.
- Ztoetzel, Jean (1970). *Psicología Social*. Editorial Marfil: Valencia.

Situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento y autoconfianza en pacientes con drogodependencia en tratamiento residencial

Risk situations, coping skills and self-confidence in patients with drug addiction in resident treatment

ANGEL LÓPEZ ORTIZ¹
ALEXIS AMELIO FERNÁNDEZ FLORES²

RESUMEN: Introducción: El modelo de prevención de recaídas es uno de los más utilizados para mantener la abstinencia. Se enfoca en tres variables: situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento y autoconfianza. **Objetivo:** Identificar las situaciones que representan mayor riesgo de recaídas, describir las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas y su relación con la autoconfianza percibida para mantener la abstinencia de consumo. **Método:** Diseño descriptivo correlacional utilizando un muestreo por conveniencia con 25 pacientes internos en un centro de rehabilitación. Los principales criterios de inclusión y exclusión fueron: estar bajo tratamiento y no presentar algún diagnóstico de daño neurológico. Se utilizó el inventario de situaciones de consumo de drogas, el inventario de estrategias de afrontamiento y el cuestionario breve de confianza situacional. **Resultados:** El cannabis fue la principal droga de impacto de los participantes, pasar momentos agradables fue la situación que representó mayor riesgo de tener una recaída, mientras que el pensamiento desiderativo fue la estrategia mayor usada. Se encontraron relaciones significativas: Expresión emocional con conflicto con otros ($p\ rho = .412^*$), presión social ($p\ rho = .605^{**}$) y malestar físico ($p\ rho = .494^*$). Así como resolución de problemas con la autoconfianza de no consumir al tener conflicto con otros ($p\ rho = .451^*$). **Discusión y conclusiones:** El aumentar el uso de estrategias como la resolución de problemas, disminuir el uso del pensamiento desiderativo y autocrítica; puede disminuir el riesgo de recaer por tener conflictos interpersonales y recibir presión social, así como aumentar el nivel de autoconfianza de mantener la abstinencia.

Palabras clave: Adicciones, pacientes, psicología clínica, rehabilitación, prevención de recaídas.

ABSTRACT: Introduction: The relapse prevention model is one of the most used to maintain abstinence. It focuses on three variables: risk situations, coping strategies and self-confidence. **Objective:** To identify the situations that represent a higher risk of relapse, describe the coping strategies most used and their relationship with perceived self-confidence to maintain abstinence from consumption. **Method:** Correlational descriptive design using convenience sampling with 25 inpatients in a rehabilitation center. The main inclusion and exclusion criteria were: being under treatment and not presenting any diagnosis of neurological damage. The Drug Use Situations Inventory, the Coping Strategies Inventory and the Brief Situational Confidence Questionnaire were used. **Results:** Cannabis was the main impact drug of the participants, spending pleasant moments was the situation that represented the greatest risk of having a relapse, while wishful thinking was the greatest strategy used. Significant relationships were found: Emotional expression with conflict with others ($p\ rho = .412^*$), social pressure ($p\ rho = .605^{**}$) and physical discomfort ($p\ rho = .494^*$). As well as resolution of problems with the self-confidence of not consuming when having conflict with others ($p\ rho = .451^*$). **Discussion and conclusions:** Increasing the use of strategies such as problem solving, decreasing the use of wishful thinking and self-criticism; it can reduce the risk of relapse due to interpersonal conflicts and receiving social pressure, as well as increase the level of self-confidence to maintain abstinence.

Keywords: Addictions, patients, clinical psychology, rehabilitation, relapse prevention.

¹Clínica de Psicología Descubre, Ciudad Juárez, México.

²Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, programa del doctorado en psicología.
Correo electrónico: angel.lopez.psy@gmail.com

Recibido: 22-11-2021.

Correcciones: 17-05-2022.

Aceptado: 26-08-2022.

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es considerado como un problema de salud pública, debido al número de consumidores que representa aproximadamente el 6% de la población mundial. De los cuales, el 11% presenta un trastorno por abuso de sustancias (United Nations Office on Drugs and Crime, 2018). En México se tienen cifras similares, concordando en que el cannabis y la cocaína son las drogas ilegales más consumidas. Un aspecto preocupante, es que de los consumidores que presentan un trastorno por abuso de sustancias solamente una cuarta parte acude a un tratamiento, y de ellos; un 75% deserta sin finalizar su tratamiento (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, 2017). Adicionalmente a lo anterior, existe una variable que representa un factor de riesgo en la rehabilitación de las personas que logran terminar su tratamiento: las recaídas. La cual se define como el acto de volver a consumir de manera excesiva después de haber mantenido un periodo de abstinencia (Witkiewitz y Marlatt, 2004). Su prevalencia es semejante a la de otras enfermedades crónicas, usualmente del 40% al 60% de los pacientes recaen al finalizar su tratamiento (National Institute on Drug Abuse, 2010). Por ello, la prevención de recaídas es un reto que está presente. Identificar situaciones de alto riesgo en donde se suele recaer al consumo, desarrollar habilidades de afrontamiento y aumentar la autoeficacia, son factores que cuentan con evidencia empírica para la rehabilitación de drogadicciones (Marlatt, Parks y Witkiewitz, 2002). Por lo que la prevención de recaídas es uno de los modelos más utilizados para el mantenimiento de la abstinencia, incorporando psico-educación sobre el proceso de recaídas, identificando situaciones de alto riesgo y enseñando habilidades de afrontamiento para dichas situaciones, mostrando resultados significativos en adolescentes y adultos (Ramo, Myers y Brown, 2007).

En el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon, se identificaron diversos factores predictivos de recaídas, principalmente tres situaciones que representan un alto riesgo y explican el 75% de ellas: el estado emocional, los conflictos interpersonales y la presión social (Sánchez-Hervás y Llorente Del Pozo, 2012). También se han encontrado otras situaciones que representan un riesgo de recaídas, como el deseo de consumir o *craving* y la presión social (Da Silva y Serra, 2004). La primera fase del tratamiento con base a este modelo, consiste en identificar las situaciones de riesgo para los pacientes. Mientras que la segunda fase, consiste en el desarrollo y monitoreo de las estrategias de afrontamiento para afrontar dichas situaciones (Pacheco León, 2011). La tercera variable de este modelo es la autoeficacia, la cual puede definirse como la percepción del individuo acerca de su capacidad para conseguir determinada meta u objetivo (Borland, 2014). Marlatt y colaboradores encontraron que existen cinco categorías de autoeficacia que se relacionan con las conductas de consumo de drogas: a) autoeficacia de resistencia, b) autoeficacia de reducción de daños, c) autoeficacia de acción, d) autoeficacia de afrontamiento y, e) autoeficacia de recuperación (Chicharro Romero, Pedrero Pérez y Pérez López, 2007). Diversos estudios han concluido que cada vez que un individuo logra afrontar las situaciones de riesgo que se le presentan, y mantiene su abstinencia de no consumo, su nivel de autoeficacia aumenta. Lo que repercute

en el incremento de las posibilidades de éxito para no recaer ante esa situación (López-Torrecillas, Torres Cobo, Delgado y Ramírez Ucles, 2015; Witkiewitz y Marlatt, 2004).

En los últimos treinta años se han realizado diversos estudios para evaluar la efectividad del programa prevención de recaídas, así como para encontrar relaciones entre las tres variables del modelo. En un meta análisis en donde consideraron 25 investigaciones en un periodo de 17 años, concluyeron en que este programa es eficiente cuando se utiliza para adicciones al alcohol o en poli usuarios (Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999). Otros estudios han concluido que se relaciona significativamente con la disminución del número de recaídas, enfatizando el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y el uso de fármacos (O'Malley, Jaffe, Chang, Schottenfeld, Meyer y Rounsaville, 1992). Así como que el disminuir el uso de la evasión de problemas y aumentar el uso de la resolución de problemas, predice menor consumo del alcohol (Chung, Langenbacher, Labouvie, Pandina y Moss, 2001). Otros estudios realizados en México han sugerido el implementar un entrenamiento en el control de emociones negativas para reducir el riesgo de una recaída (Barragán Torres, González Vázquez, Medina-Mora y Ayala Velázquez, 2005), así como el entrenamiento de estrategias como: reestructuración cognitiva, expresión emocional y resolución de problemas (López Ortiz, 2019). Sin embargo, hay poca información acerca de cuáles estrategias de afrontamiento pueden prevenir una recaída debido a situaciones de riesgo específicas, por lo que la pregunta de investigación de este estudio es: ¿Existe una relación entre el uso de ciertas estrategias de afrontamiento y el riesgo de tener recaídas por situaciones específicas?, y: ¿La autoconfianza de mantener el estado de abstinencia puede verse influida por las situaciones de riesgo de tener recaídas y/o el uso de determinadas estrategias de afrontamiento?

Debido a lo anteriormente expuesto, el objetivo de este estudio es describir las principales situaciones de riesgo en los pacientes bajo tratamiento residencial, así como las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas y el nivel de autoconfianza obtenido. Y como objetivo específico, se tiene el encontrar alguna relación de estas tres variables entre sí.

MÉTODO

Diseño

Se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional con el fin de establecer asociaciones y relaciones predictivas entre las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Participantes

Se establecieron como criterios de inclusión el estar activo en el tratamiento residencial al momento de realizar el estudio, así como faltarles más de un mes para finalizar su tratamiento. Esto, con el fin de aumentar la probabilidad de que pudieran participar durante todo el periodo de aplicación. Como criterios de exclusión, se estableció el no haber firmado el consentimiento informado, faltar menos de un mes para su alta del tratamiento residencial, así como contar con un

diagnóstico de daño neurológico que afecte a las funciones ejecutivas. Después de seleccionar a los participantes con base a los criterios establecidos, se trabajó con una muestra no probabilística compuesta por 25 participantes voluntarios; 88% correspondientes al sexo masculino y el 12% al sexo femenino, de los cuales 19 pacientes eran menores de edad.

Instrumento

1. Inventario de situaciones de consumo de drogas.

Es un instrumento de 60 reactivos y evalúa el porcentaje en que una situación precipita el consumo de drogas. Se sustenta en el marco teórico de Marlatt y Gordon, considerando 8 situaciones de riesgo: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad o tentación de consumo, conflicto con otros, presión social, y momentos agradables con otros. Este instrumento es de escala tipo Likert, con opciones de respuesta: "Nunca"; "Rara vez", "Frecuentemente" y "Casi siempre". se adaptó para población mexicana por De León y Pérez en el 2001, con una confiabilidad de .98. (Barragán Torres, Flores Mares, Ramírez García y Ramírez Mendoza, 2014).

2. Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

La versión original estuvo compuesta por 72 ítems y un alfa de Cronbach entre los rangos de .71 y .94 (Tobin, Holroyd, Reynolds & Wigal, 1989). Posteriormente fue traducido al castellano y validado para población española por Cano y colaboradores en el 2007, contando con un total de 40 ítems y un alfa de Cronbach entre los rangos de 0.63 y 0.89 (Cano, Rodríguez y García, 2007). En México fue validado por León y Pérez, presentando coeficientes de consistencia interna que fluctuaron entre 0.70 y 0.86. Los 40 reactivos son escala tipo Likert, con cinco categorías de respuesta: "Nada", "Un poco", "Bastante", "Mucho" y "Totalmente". A partir de este inventario se pueden obtener puntuaciones acerca de 8 escalas: resolución de problemas ($\alpha=.80$), reestructuración cognitiva ($\alpha=.82$), apoyo social ($\alpha=.84$), expresión emocional ($\alpha=.86$), evitación de problemas ($\alpha=.70$), pensamiento desiderativo ($\alpha=.84$), retirada social ($\alpha=.78$), y autocrítica ($\alpha=.86$) (Nava Quiroz, Ollua Méndez, Vega Valero y Soria Trujano, 2010).

3. Cuestionario Breve de Confianza Situacional.

Se compone de ocho ítems con estructura unifactorial y consistencia interna similar a la versión original (Breslin, Sobell, Sobell y Agrawal, 2000). En el caso de México, en población universitaria ha presentado una consistencia interna de $\alpha=.97$ (Echeverría y Ayala, 1977), y de $\alpha=.78$ (Salazar Garza, Vacío Muro y Macías Rodríguez, 2019). Mientras que, en población clínica, se ha encontrado una consistencia interna de $\alpha=.94$ (López Ortiz y Gutiérrez Vega, 2020). Evalúa la autoeficacia en ocho situaciones de riesgo: a) emociones agradables, b) malestar físico, c) probar autocontrol, d) necesidad de consumo, e) momentos agradables con otros, f) conflicto con otros, g) emociones desagradables y, h) presión social. En cada ítem se le pide al participante que evalúe una situación de alto riesgo con relación a su confianza o seguridad, para resistirse a consumir drogas en dicha situación, bajo una escala de 0 por ciento; "totalmente inseguro", a 100 por ciento; "Totalmente seguro" (Hayaki, Herman, Hagerty, de Dios, Anderson y Stein, 2011).

Procedimiento

Se acudió de manera presencial a las instalaciones de un centro de rehabilitación, acreditado por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). A través de una presentación del proyecto de estudio, se explicó el propósito a los directivos de la institución, para posteriormente proceder a la invitación personalizada de los pacientes internos. Fueron abordados los aspectos éticos y se realizó la lectura del consentimiento informado a las personas que decidieron participar. En el caso de los menores de edad, se utilizó un formato considerando un espacio para la firma de autorización por parte de sus tutores legales. Después de firmar el consentimiento y aceptar el participar, se procedió a la aplicación de los instrumentos para recabar la información entre los periodos de: febrero a marzo del 2021. Posteriormente se continuó con los análisis estadísticos utilizando el programa estadístico IBM-SPSS 25.

RESULTADOS

Como se observa en la tabla 1, más de la mitad de los participantes señalaron al cannabis como su droga de impacto, mientras que en segundo lugar quedaron las metanfetaminas; principalmente el cristal.

TABLA 1. Drogas más consumidas por los participantes.

Droga de impacto	n	%
Cannabis	13	52
Metanfetaminas	7	28
Cocaína	2	8
Alcohol	2	8
Heroína	1	4

Las situaciones que presentaron mayor porcentaje de riesgo para los participantes, fueron: pasar momentos agradables con otras personas y necesidad de consumo. Mientras que, por el otro lado, las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas, fueron: pensamiento desiderativo y retirada social, ambas consideradas como un manejo inadecuado centrado en el problema y la emoción. Así mismo, se observa que los participantes se mostraban medianamente confiados en que podrían mantener su estado de abstinencia. Sin embargo, presentaron menor nivel de autoconfianza en querer probarse a sí mismos que ya tenían el autocontrol necesario para seguir consumiendo sustancias, pero con moderación (véase tabla 2).

Posteriormente, se realizó la correlación de las variables estudiadas con un análisis de correlación de Spearman ($p \leq .05$), y como se puede observar en la Tabla 3, se encontraron correlaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento. Se observa que entre más seguido se utilice la estrategia de reestructuración cognitiva, se favorece el uso de las estrategias de apoyo social y expresión emocional, lo que es considerado como un manejo adecuado centrado en la emoción. Así mismo, el contar con redes de apoyo social favorece el uso de estrategias como: expresión emocional y resolución de problemas.

TABLA 2. Descriptivos de las tres variables del modelo prevención de recaídas.

Variable modelo prevención de recaídas	M	DE
Situaciones de riesgo		
Emociones desagradables	48.50	28.48
Malestar físico	38.35	24.79
Emociones agradables	50.13	25.82
Probar el autocontrol	49.32	27.35
Necesidad de consumo	51.23	25.59
Conflictos interpersonales	37.36	26.53
Presión social	42.93	21.60
Momentos agradables con otras personas	54.39	23.06
Estrategias de afrontamiento		
Pensamiento desiderativo	13.76	5.36
Autocrítica	10.08	5.95
Retirada social	10.48	5.17
Evitación de problemas	10.36	3.95
Reestructuración cognitiva	8.16	4.16
Resolución de problemas	9.40	4.48
Apoyo social	8.84	4.35
Expresión emocional	9.16	5.97
Autoconfianza		
Emociones desagradables	66.40	33.46
Malestar físico	68.24	35.97
Emociones agradables	70.84	33.22
Probar el autocontrol	56.68	42.28
Necesidad de consumo	74.00	35.18
Conflictos interpersonales	73.6	35.71
Presión social	70.32	41.08
Momentos agradables con otras personas	69.52	34.00

Por el otro lado, al analizar la relación entre las situaciones que representan un riesgo de tener una recaída y el uso de ciertas estrategias de afrontamiento (véase tabla 4), se encontraron correlaciones estadísticamente significativas. Observándose que las estrategias catalogadas como un manejo inadecuado centrado en el problema, se relacionan con el riesgo de una recaída debido a tener conflictos interpersonales y querer probar tener el autocontrol en el consumo. Por el otro lado, las estrategias catalogadas como un manejo adecuado centrado en la emoción, se relacionan con el riesgo de una recaída debido a recibir presión social o presentar malestar físico por la abstinencia.

Como resultado adicional, se encontró que el utilizar la estrategia de resolución de problemas se relaciona con tener mayor autoconfianza de no consumir al tener conflictos con otras personas, y/o al recibir presión social. Así mismo, entre mayor sea el riesgo de tener una recaída por pasar momentos agradables con los demás, menor será la autoconfianza de mantener la abstinencia en la mayoría de las situaciones de riesgo (véase tabla 5).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se ha concluido en diversas investigaciones que, después del alcohol y el tabaco, el cannabis es la droga más consumida en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2016), similar a lo encontrado en este estudio. Sin embargo, ha existido un debate acerca del riesgo de generar dependencia psicológica o fisiológica por esta sustancia. Por lo que es importante mencionar que más de la mitad de los participantes de este estudio, reportaron que el cannabis fue su droga de impacto, es decir, la droga que les generaba la dependencia y por la cual estaban internos en el centro de rehabilitación. Esto concuerda con lo encontrado por diversos autores, quienes concluyen que el cannabis puede generar dependencia, tanto fisiológica como psicológica, principalmente cuando su consumo inicia en edades tempranas (del Bosque et al., 2013; National Institute on Drug Abuse, 2019; Organización Mundial de la Salud, 2016). Hasta la última década, solamente el 1% de la población había consumido metanfetaminas (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, 2017). Sin embargo, durante los últimos años se ha incrementado su consumo, principalmente en su variante

TABLA 3. Correlación de Spearman para estrategias de afrontamiento.

Estrategias de Afrontamiento		Apoyo social	Evitación de problemas	Expresión emocional
Reestructuración cognitiva	Coefficiente de correlación	.628**	.533**	.426*
	Significancia bilateral	.001	.006	.033
Expresión emocional	Coefficiente de correlación	.565**		
	Significancia bilateral	.003		
Resolución de problemas	Coefficiente de correlación	.523**		.467*
	Significancia bilateral	.007		.019
Autocrítica	Coefficiente de correlación			.561**
	Significancia bilateral			.003

TABLA 4. Correlación de Spearman para Situaciones de riesgo.

Situaciones de riesgo		Estrategias de Afrontamiento			
		Pensamiento desiderativo	Autocrítica	Expresión emocional	Apoyo social
Conflicto con otros	Coeficiente de correlación	.421*		.412*	
	Significancia bilateral	.036		.041	
Probar el autocontrol	Coeficiente de correlación		.443*		
	Significancia bilateral		.027		
Presión social	Coeficiente de correlación			.605**	.494*
	Significancia bilateral			.001	.012
Malestar físico	Coeficiente de correlación			.401*	
	Significancia bilateral			.047	

TABLA 5. Correlación de Spearman para autoconfianza de no consumir ante situaciones de riesgo.

Autoconfianza de no consumir al:		Estrategias de Afrontamiento	Situaciones de riesgo		
		Resolución de problemas	Emociones agradables	Necesidad de consumo	Momentos agradables con otros
Tener conflicto con otros	Coeficiente de correlación	.451*			-.548**
	Significancia bilateral	.024			0.005
Tener malestar físico	Coeficiente de correlación		-.455*		-.653**
	Significancia bilateral		.022		.000
Sentir necesidad de consumir	Coeficiente de correlación		-.489*	-.536**	-.669**
	Significancia bilateral		.013	.006	.000
Tener presión social	Coeficiente de correlación	.428*			-.557**
	Significancia bilateral	.033			.004
Experimentar emociones agradables	Coeficiente de correlación		-.494**		-.585**
	Significancia bilateral		.012		.002

llamada “cristal” (Centro de Integración Juvenil, 2018; Jiménez Silvestre y Castillo Franco, 2011), lo cual también concuerda con lo encontrado en este trabajo en donde se concluye que el cristal representa la segunda droga ilegal más consumida y que funge como droga de impacto para el 28% de los participantes.

Con respecto a las variables del modelo de prevención de recaídas, diversos autores han concluido en que diversas situaciones representan mayor riesgo para tener una recaída: presión social, tener conflicto con otros y síntomas relacionados al *craving* (Da Silva y Serra, 2004; Sánchez-Hervás y Llorente Del Pozo, 2012). Contrastándose en algunos puntos con lo encontrado en este estudio, puesto que se encontró que el desear pasar momentos agradables con otras personas y presentar síntomas de *craving*, manifestados a través de

sentir una necesidad de consumir; son las situaciones que representan mayor riesgo en los participantes. En el caso de las estrategias de afrontamiento, concluimos en que los participantes utilizaban mayormente un afrontamiento inadecuado centrado en el problema y en la emoción, utilizando principalmente el pensamiento desiderativo y la retirada social.

Se ha encontrado que un afrontamiento adecuado centrado en el problema se relaciona con un afrontamiento adecuado centrado en la emoción (Cabanach, Souto-Gestal, González Doniz y Corrás Vázquez, 2018; Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Gómez-Romero y Ardilla-Herrero, 2012), similar a lo encontrado en este estudio. Sin embargo, encontramos que la reestructuración cognitiva se relaciona con la evitación de problemas, cuestión que en la teoría se

ha hecho mención que son incompatibles (Rodríguez Parra, Esteve Zarazaga y López Martínez, 2000; Tobin, Holroyd, Reynolds & Wigal, 1989). Mientras que, por el otro lado, uno de los principales hallazgos de este estudio fue identificar que, al aumentar el uso de la estrategia de resolución de problemas y expresión emocional, así como disminuir el uso del pensamiento desiderativo junto con la autocrítica: a) se puede reducir el riesgo de tener una recaída por tener conflictos interpersonales, así como al intentar probar tener autocontrol en el consumo; y b) se favorece tener mayor nivel de autoconfianza de mantener la abstinencia. Respondiendo de esta manera a las preguntas de investigación planteadas en el estudio, así como contribuir en este aspecto a llenar un hueco referente a este tema.

A manera de conclusión, se resalta la importancia de incluir entrenamientos en estrategias de afrontamiento dentro de los programas de intervención, principalmente estrategias de: a) resolución de problemas, y b) expresión emocional. Puesto que, siguiendo los resultados del presente estudio, desarrollar estas estrategias puede reducir el riesgo de tener recaídas debido a situaciones como: a) tener conflictos interpersonales, y b) recibir presión social para consumir. Debido a la limitación del tamaño muestral utilizado en este estudio, no es posible generalizar los resultados a la población clínica, por lo que se sugiere el continuar con estudios descriptivos correlacionales con muestras representativas que permitan la consolidación o contraste de los hallazgos encontrados.

Declaraciones de los autores

No se obtuvo ningún financiamiento para realizar el presente estudio. Y de igual manera, no se cuenta con ningún tipo de conflicto de interés.

REFERENCIAS

- Barragán Torres, L., Flores Mares, M., Ramírez García, A.N. y Ramírez Mendoza, C. (2014). Manual del programa de prevención de recaídas. Secretaría de salud. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334698/Recaidas_2.pdf
- Barragán Torres, L., González Vázquez, J., Medina Mora, M.E. y Ayala Velázquez, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: Un estudio piloto. *Salud Mental*, 28(1), 61-71. Recuperado de: http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1036/1034
- Borland, R. (2014). Conceptual influences on change. En R. Borland, *Understanding hard to maintain behaviour change, a dual process approach* (pp. 117-139). Reino Unido: Wiley Blackwell.
- Breslin, F.C., Sobell, L.C., Sobell, M.B. y Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 38(12), 1211-1220. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00152-7
- Cabanach, R.G., Souto-Gestal, A., González Doniz, L., y Corrás Vázquez, T. (2018). Afrontamiento y regulación emocional en estudiantes de fisioterapia. *Universitas Psychologica*, 17(2), 1-13. doi: 10.11144/Javeriana.upsy17-2.aree
- Cano, G.F., Rodríguez, F.L. y García, M.J. (2007). Adaptación española del inventario de estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.
- Centro de Integración Juvenil (2018). Estudio básico de comunidad objetivo 2018. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9052/9052CD.html>
- Chicharro Romero, J., Predrero Pérez, E.J. y Pérez López, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19(2), 140-151. doi: 10.20882/adicciones.312
- Chung, T., Langenbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R.J. y Moos, R.H. (2001). Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 92-100. doi: 10.1037/0022-006X.69.1.92
- Da Silva, C.J. y Serra, A.M. (2004). Terapia cognitiva e cognitivo-comportamental em dependencia química. *Revista brasileira de psiquiatria*, 26(1), 33-39. doi: 10.1590/S1516-44462004000500009.
- Del bosque, J., Fernández, C., Sánchez Huesca, R., Díaz, D.B., Gutiérrez López, A.D., Fuentes Mairena, A... y Beltrán, A. (2013). El problema del consumo de cannabis: el papel del sector salud. *Salud Mental*, 36(2), 149-158. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2013.018
- Echeverría, L., y Ayala, H. (1977). Cuestionario de confianza situacional: traducción y adaptación. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. (Noviembre de 2017). Gob.MX. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Hayaki, J., Herman, D.S., Hagerty, C.E., de Dios, M.A., Anderson, B.J. y Stein, M.D. (2011). Expectancies and self-efficacy mediate the effects of impulsivity on marijuana use outcomes: An application of the acquired preparedness model. *Addictive Behaviors*, 36, 389-396. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.12.018
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E. y Wang M.C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 563-570. doi: 10.1037/0022-006x.67.4.563.
- Jiménez Silvestre, K. y Castillo Franco, P.I. (2011). A través del cristal. La experiencia del consumo de metanfetaminas en Tijuana. *Región y sociedad*, 23(50), 153-183.
- Limonero, J.T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, J., y Ardilla-Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: Predictores de satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology*, 20(1), 183-196.
- López Ortiz, A. (septiembre, 2019). Prevención de recaídas de consumidores de sustancias psicoactivas: Trabajo con usuarios de clínica de internamiento. Trabajo presentado en el IX congreso estudiantil y IV congreso

- internacional de investigación en psicología, Ciudad de México. Resumen recuperado de: <https://cuvd.unam.mx/divulgacion/index.php/ceciip/ceciipix/paper/view/543>
- López Ortiz, A. y Gutiérrez Vega, M. (2020). Validación del cuestionario breve de confianza situacional en muestra clínica con drogodependencia. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 6(2), 6-10. doi: 10.28931/riiad.2020.2.02
- López-Torrecillas, F., Torres Cobo, M.A., Delgado, P. y Ramírez Ucles, I. (2015). Predictive capacity of self-efficacy in drug dependence and substance abuse treatment. *Journal of psychology and clinical psychiatry*, 2(3), 1-7. doi: 10.15406/jpcpy.2015.02.00073
- Marlatt, G.A., Parks, G.A. y Witkiewitz, K. (2002). *Clinical guidelines for implementing relapse prevention therapy*. Seattle: University of Washington.
- Nava Quiroz, C., Ollua Méndez, P., Vega Valero, C.Z. y Soria Tirujano, R. (2010). Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación. *Psicología y salud*, 20(2), 213-220.
- National Institute on Drug Abuse. (Julio 2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/preguntas-frecuentes/es-eficaz-el-tratamiento-para-la-drogadicc>
- Pacheco León, M. (2011). *Prevención de recaídas en el tratamiento del consumo problemático de sustancias. Primera parte: Marco teórico*. Documento de trabajo. Recuperado de: [http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Nacional/Senda/Prevenci%C3%B3n%20de%20Recaidas%20en%20el%20Tratamiento%20del%20Consumo%20Problem%C3%A1tico%20de%20Sustancias%20%20\(CONACE%202011\).pdf](http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Nacional/Senda/Prevenci%C3%B3n%20de%20Recaidas%20en%20el%20Tratamiento%20del%20Consumo%20Problem%C3%A1tico%20de%20Sustancias%20%20(CONACE%202011).pdf)
- O'Malley, S.S., Jaffe, A.J., Chang, G., Schottenfeld, R.S., Meyer, R.E. y Rounsaville, B. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. *Archives of general psychiatry*, 49(11), 881-887. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820110045007.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. Geneva, Switzerland.
- Ramo, D.E., Myers, M. y Brown, S.A. (2007). Relapse prevention for adolescent substance abuse: Overview and case examples. En K. Witkiewitz y G.A. Marlatt, *Therapist's guide to evidence-based: Relapse prevention* (pp. 293-313). Estados Unidos: Elsevier Science and Technology.
- Rodríguez Parra, M.J., Esteve Zarazaga, R.M., y López Martínez, A.E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicotema*, 12(3), 339-345.
- Salazar Garza, M.L., Vacio Muro, M. y Macías Rodríguez, J.J. (2019). Adaptación y validación del Cuestionario breve de confianza situacional en universitarios mexicanos que consumen alcohol. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 5(2), 30-37. doi: 10.28931/riiad.2019.2.04
- Sánchez-Hervás, E. y Llorente Del Pozo, J.M. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones*, 24(3), 269-280. doi: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.98>
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V., y Wigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343-361. doi: 10.1007/BF01173478
- United Nations Office on Drugs and Crime. (Junio, 2018). *Global overview of drug demand and supply. World drug report 2018*. Recuperado de: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_2_GLOBAL.pdf
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, This is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224-235. doi: 10.1037/0003-066X.59.4.224.

Reforma e innovación: contexto histórico de la fundación de los proyectos de Psicología Iztacala y Zaragoza (1950-1975)*

Reform and innovation: historical context of the foundation of the Iztacala and Zaragoza Psychology projects (1950-1975)

ABDIEL BUELNA CHONTAL¹
GUSTAVO PARRA RAMÍREZ²
MELISA YOLANDA PASOS OSNAYA³

RESUMEN: El objetivo de este trabajo es analizar los proyectos de reforma e innovación educativa en el campo de la enseñanza de la psicología, que comenzaron a gestarse durante las décadas de los años cincuenta a setenta en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)-contexto histórico en el que los discursos de cambio formaban parte importante de los proyectos de nación y de los proyectos modernizadores al interior de esta universidad-, y que desembocaron en la conformación de la enseñanza de esa disciplina en las actuales FES Iztacala y Zaragoza. Este trabajo estudia las tensiones entre los proyectos nacionales de educación superior promovidos por el Estado, los procesos de modernización de la UNAM presentes en la creación y modificación de dependencias universitarias en un contexto de debates entre diferentes paradigmas pedagógicos emergentes y el intento de consolidación disciplinar de la psicología a partir del conductismo como teoría dominante, como antecedente a la fundación de los proyectos de psicología Iztacala y Zaragoza.

Palabras clave: reforma, innovación, psicología, contexto histórico, UNAM.

ABSTRACT: The goal of this work is to analyze the educational reform and innovation projects in the field of psychology teaching, which began to take shape during the decades of the 1950s to 1970s at the National Autonomous University of Mexico (UNAM)-this is the historical context in which the discourses of change became an important part of the nation's projects and of the modernizing projects within this university-, and that led to the configuration of the teaching of the psychology in the current FES Iztacala and Zaragoza. This work studies the tensions between the national projects of higher education promoted by the State, the modernization processes of the UNAM present in the creation and modification of university dependencies in a context of debates between different emerging pedagogical paradigms and the attempt of disciplinary consolidation of psychology based on behaviorism as the dominant theory, as a precursor to the foundation of the Iztacala and Zaragoza psychology projects.

Keywords: reform, innovation, psychology, historical context, UNAM.

* El presente trabajo ha sido desarrollado como parte del proyecto de investigación "Teorías, problemas y experiencias en torno a la formación de profesores de nivel superior" (IN406019) financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

¹Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

²Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

³Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras.

Correo electrónico: ¹abdielbuelna@iztacala.unam.mx, ²parra@unam.mx,

³melisapasos37@gmail.com

Recibido: 02-12-2021.

Correcciones: 27-03-2022.

Aceptado: 27-05-2022.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo es analizar las transformaciones educativas nacionales, institucionales y disciplinares que permitieron la emergencia de proyectos innovadores en la enseñanza de la Psicología durante la década de los setenta, que tuvieron un importante punto de concreción con la fundación de las actuales Facultades de Estudios Superiores (FES) Iztacala y Zaragoza de la UNAM, que albergan dos de las opciones de enseñanza de la psicología más consolidadas del país. Estas instituciones nacieron en un momento muy importante de la historia contemporánea de la educación superior mexicana -la década de los años setenta del siglo XX-, en el que se dio impulso a importantes proyectos de cambio que hoy forman parte de la realidad institucional de este campo educativo, por lo que se le puede considerar un periodo fundacional al que es necesario referirse para entender las actuales dinámicas educativo-institucionales.

Para estudiar a detalle las dinámicas de reforma e innovación que se dieron en este contexto histórico, hacemos nuestra la caracterización que rescatan Medina y Castro (1999), para quienes las reformas educativas implican una serie de modificaciones de la estructura institucional impulsados por alguna autoridad política o educativa como condición necesaria para hacer avanzar el proyecto académico planteado; mientras que las innovaciones buscan cambios cuantitativamente menores con los que se pretende “modificar tan sólo algunos elementos o dimensiones particulares del sistema educativo, pero no todo, como en el caso de la reforma” (Medina y Castro, 1999, p. 12) y pueden ser impulsadas desde las comunidades académicas de una institución. Ambos procesos comparten la característica de proponer cambios o mejoras a una realidad educativa que consideran defectuosa o inadecuada, por lo que surgen de valoraciones previas de esa realidad para luego convertirse en proyectos que se asumen viables y necesarios.

La centralidad del periodo histórico previo a la fundación de los proyectos de psicología de Iztacala y Zaragoza es que concentra una serie de proyectos de reforma e innovación para la educación superior -intrincados y a veces contrapuestos-, muchos de los cuales lograron su institucionalización¹ y hoy forman parte de nuestra realidad educativa. Estas propuestas de cambio se dan en un contexto nacional en el que se intenta redefinir el proyecto modernizador del Estado mexicano -la construcción de una sociedad urbano-industrial capitalista-, que se había afincado en el país desde la consolidación de los gobiernos civilistas posrevolucionarios y que en la década de los setenta ya mostraba serias limitaciones.

Teniendo en cuenta este marco conceptual y socio-histórico, planteamos un abordaje de la problemática señalada desde los que identificamos como tres ejes de análisis en un arco temporal que va desde la segunda mitad de la década de los

años cincuenta hasta finales de la década de los setenta²: el primero remite al *contexto político, económico y social del país*; el segundo corresponde a las características de las *políticas educativas que se desarrollaron en la UNAM*; y el tercero, al *intento de consolidación del conductismo como postura teórica hegemónica de la psicología en la UNAM*. Por lo tanto, este escrito pretende, desde una recuperación del contexto histórico, entender las dinámicas que tomaron lugar y favorecieron la puesta en marcha de estos dos proyectos de la enseñanza de psicología. Es importante recalcar que el abordaje de estos procesos desde esta perspectiva implica privilegiar una mirada temporal, aunque no estrictamente cronológica, siguiendo los distintos avatares de las transformaciones de los mencionados tres ejes de análisis y haciendo el intento de entrecruzarlos para establecer relaciones entre ellos.

Para lograr la difícil tarea de analizar la complejidad de las transformaciones educativas en la temporalidad previamente mencionada, hemos dividido este trabajo en dos grandes periodos; hablamos primero del “Periodo de gestación” (1950-1969), que contempla los primeros intentos de modernización en esos tres ámbitos; y, segundo, del “Periodo de reformas e innovaciones” (1970-1975), que refiere a la eclosión de procesos de cambios educativos.

Podemos adelantar que, en lo que respecta al contexto nacional, nos centramos en las políticas educativas derivadas del proyecto reformador del gobierno de Luis Echeverría, que presentan varios aspectos que explican por qué esa reforma no alcanzó una exitosa concreción. Por un lado, estas políticas respondieron a un proyecto que no surgió de estudios y diagnósticos puramente técnicos, sino también de las necesidades políticas de su pasado reciente y de las contingencias que resultaron del ejercicio del poder. En segundo lugar, se trató de un proyecto dirigido a actores sociales (estudiantes y maestros) cada uno de los cuales formaba parte de sectores con alto grado de heterogeneidad, lo que dificultó que las mismas medidas políticas satisficieran las necesidades e intereses de todos ellos; lo mismo sucedió con las instituciones a las que iban dirigidas, que tenían diferentes grados de complejidad sistémica y una dinámica propia de funcionamiento interno y de procesamiento de los factores externos que intervenían en ellas. En tercer lugar, todo proyecto de reforma y/o innovación siempre enfrenta las vicisitudes de la puesta en marcha que muestran las diferencias, a veces muy grandes, entre lo proyectado y lo logrado; inician con procesos que tienen un componente de experimentación para ir identificando lo que funciona y lo que no, pero esta estrategia de ensayo y error se encuentra muy acotada en un campo con tanta visibilidad y sensibilidad social como lo es el campo educativo, lo cual apura a su concreción. Consideramos que tal vez la mejor manera de entender los efectos alcanzados por los propósitos y estrategias de esta reforma gubernamental es analizarla en el contexto más ceñido de sujetos sociales e instituciones educativas específicas.

1 Entendida, por un lado, como un proceso de legitimación de prácticas, con niveles de formalización diferenciales relativas a las instituciones; y, por otro lado, a la manera en que lo propone P. Bourdieu (1990), como la constitución de un campo en el que los agentes en posición diferenciada disputan los diversos intereses en juego (capital simbólico, cultural, económico).

2 Los ejes que proponemos no necesariamente abarcan el arco temporal señalado por completo, pero las dinámicas transformadoras que nos interesan sí se encuentran en esta temporalidad en los tres ejes.

En lo que respecta a la psicología, hacemos un breve repaso al fortalecimiento del enfoque conductual que apuntaló la consolidación de la psicología como una disciplina autónoma dentro del ámbito institucional universitario, expresada principalmente en su independencia de otras disciplinas con mayor historia. Esto es especialmente evidente si la comparamos con disciplinas tales como la medicina o la filosofía, bajo cuyo paraguas anidó por mucho tiempo. Este proceso de independización disciplinar tiene una historia particular, que demuestra cómo la búsqueda de una identidad definitoria fue crucial para poder instituir a la psicología como una disciplina científica, con intereses, desarrollos y procedimientos propios.

Periodo de gestación (1950-1969)

La posibilidad de convertir a México en un país moderno -claro propósito de los gobiernos postrevolucionarios- parecía haber encontrado por fin un camino de concreción, merced al sostenido crecimiento derivado del modelo económico adoptado por el Estado mexicano entre 1952 y 1970, conocido como desarrollo estabilizador. En este periodo histórico había ganado terreno la idea de que este proceso de modernización debería extenderse a los demás ámbitos de la vida social, señaladamente al de la educación porque del desarrollo de éste dependía el futuro del crecimiento económico. La ideología desarrollista sostenía que, si el éxito económico se había alcanzado por la adopción de medidas perfectamente planeadas y rigurosamente aplicadas, esta fórmula debería ser viable para cualquier proyecto modernizador, lo que da pie a la aparición de una serie de discursos y proyectos de cambio que recorrerían el ámbito educativo mexicano. Si bien es cierto que la preocupación por extender y mejorar la educación era un viejo anhelo del liberalismo mexicano, los éxitos en el campo económico animaban a pensar que este objetivo era posible: el Estado contaba con recursos materiales y estrategias de conducción política que podían utilizarse para hacer de la educación la palanca para afianzar la modernización urbano-industrial. Así como el modelo económico desarrollista tuvo una continuidad transexenal, en materia educativa se intentó aplicar un proyecto de largo alcance: durante el gobierno de Adolfo López Mateos, el encargado de la Secretaría de Educación Pública, Jaime Torres Bodet, elaboró el Plan Nacional de 11 Años (1959-1970) que buscaba, utilizando la estrategia del diagnóstico y la planeación, combatir en todo el país el rezago educativo (Zarco, 2006). Uno de los efectos a largo plazo de este Plan fue la ampliación de la demanda de estudios que, con el tiempo, alcanzó a los niveles de educación media superior y superior. Para finales de la década de los años sesenta, el crecimiento demográfico transformó a México en un país de jóvenes que, al demandar mayores y mejores niveles de educación, se convertirían en importantes protagonistas de los movimientos sociales.

Durante la mayor parte de la presidencia de Gustavo Díaz Ordaz se le dio continuidad a este proyecto modernizador basado en el discurso de la planeación educativa³, que había iniciado con Torres Bodet. Pero su propuesta no alcanzaría a cumplir

3 En junio de 1964 se crea la Comisión Nacional para el Planeamiento de la Educación.

los once años proyectados, ya que en la recta final de este gobierno -en medio del conflicto estudiantil de 1968- anunció una reforma educativa que se proponía la modernización de contenidos y métodos basados en el principio de *enseñar a aprender* (con el apoyo de la UNESCO), así como la *educación permanente* o *continua* desde la educación básica a la superior; se introdujo el uso de la *tecnología educativa* a través de los cursos por televisión; se iniciaron los programas de <<formación docente>>⁴ para habilitar a los profesores que se ocuparían de la capacitación para el trabajo, lo que puede considerarse el inicio formal de la profesionalización docente (Córdova y Cortés, 2017). Es decir, se trató de una reforma educativa que pretendía, en lo inmediato, salir al paso de las protestas estudiantiles, pero que además estaba claramente en consonancia con el modelo de modernización urbano-industrial que ya había permeado las filas del sistema político mexicano, que buscaba mejorar los niveles de instrucción profesional para atender las nuevas demandas del mercado laboral y desarrollar ciudadanos que hicieran suya la cultura de un orden que prometía la posibilidad de ascenso social.

Como la reforma se elaboró al final del mandato de Díaz Ordaz, el encargado de llevarla a la práctica debería ser el siguiente presidente, Luis Echeverría Álvarez, pero las circunstancias económico-sociales y políticas en que llegó al poder lo llevaron a proponer cambios a esta reforma lo cual implicaba, de hecho, un nuevo proyecto educativo (Lazarín, 1996). En primer lugar, el modelo de desarrollo estabilizador ya daba muestras de agotamiento y el diagnóstico del gobierno entrante fue que “la riqueza y el conocimiento estaban inequitativamente repartidos, lo que explicaba los desequilibrios en materia de distribución de recursos humanos y financieros por regiones y por ramas de actividad” (Varela, 1996, p. 19); el “milagro mexicano” había contribuido a promover la movilidad social entre las masas populares, pero ésta era territorialmente desigual y socialmente insuficiente, pues los principales beneficiarios de esta riqueza eran los miembros de la clase empresarial mexicana, lo que a la larga contribuyó a despertar el descontento de los sectores sociales que habían crecido al amparo de este desarrollo: la clase obrera y la clase media urbana, con la insurgencia sindical y

4 A lo largo de este trabajo abordamos los esfuerzos que caracterizaron una época por transformar los métodos, concepciones e instancias relativos a los asuntos de la enseñanza y el aprendizaje. En los discursos de la época abundaron las referencias a la <<formación>>, entendiéndola como capacitación, enseñanza, educación u otras, dentro de un marco institucional, típicamente la escuela o la universidad. Sin embargo, nosotros sostenemos la idea de que la formación implica un proceso que, si bien tiene sus conexiones con la educación, capacitación, etc., no son lo mismo. Tal como Ferry (1990) expresa: “Formarse no puede ser más que un trabajo sobre sí mismo, libremente imaginado, deseado y perseguido, realizado a través de medios que se ofrecen o que uno mismo se procura” (p. 43). Por lo tanto, entendemos a la formación como un proceso más amplio, complejo y no limitado a la experiencia escolar o a la capacitación o adiestramiento dentro de un referente institucional o curricular. En todo caso, hemos respetado el uso de la palabra formación en los discursos de la época sin por ello sumarnos al uso que se hizo del término en ese entonces.

las movilizaciones de profesores, médicos y estudiantes. En lo político, si bien el país había dejado atrás la lucha por el poder a través de asonadas y levantamientos armados, se había construido una estabilidad política basada en un Estado autoritario que inhibía la participación abierta y democrática de los ciudadanos, aspecto que contravenía el modelo de modernización basada en los principios del liberalismo; en este sentido, es sintomático que los reclamos del movimiento estudiantil que surgió en 1968 se dirigieran contra ese ambiente social antidemocrático, como también lo fue la respuesta intolerante de las instituciones estatales.

Por lo que respecta a la UNAM, ésta debió responder a las transformaciones que estaba viviendo el país y abandonar las configuraciones de una universidad en gran medida decimonónica, como lo apunta Silvia González haciendo referencia a Miguel González Avelar, quien describe a la universidad de la siguiente manera:

La componían un conjunto de grandes escuelas incomunicadas entre sí, con un limitado número de carreras. En ellas se impartían cursos anuales durante cinco años en su mayoría, bajo el principio de cátedra magistral, la cual seguían al pie de la letra los alumnos, tomando apuntes para pasar el examen único y final que se realizaba bajo el sistema de fichas sacadas de una caja negra (González, 2013, p. 430).

Ante este panorama, la UNAM reaccionó tratando de ajustarse a la nueva realidad nacional; en el rectorado de Javier Barros Sierra (1966-1970) se identificaron un conjunto de problemáticas de carácter externo e interno que era necesario atender y solucionar. Algunos ejemplos de las primeras fueron la represión política por parte del Estado a los estudiantes, las tensiones entre las autoridades gubernamentales y universitarias, y la introducción de la planeación educativa en la administración escolar. Por otro lado, los conflictos internos fueron producto de la hermética estructura administrativa de la universidad, de sus planes de estudio obsoletos y de las prácticas de enseñanza y aprendizaje en las que la participación de los estudiantes estaba muy limitada. El conjunto de esos problemas reflejaba el carácter conservador de la UNAM, que impedía su desarrollo institucional y académico en la segunda mitad del siglo XX.

El elevado grado de atraso de la UNAM con respecto a los proyectos modernizadores de la época (tales como la innovación de la planeación educativa) y la apremiante necesidad de transformación institucional, llevaron al entonces rector a impulsar una reforma a la universidad. Uno de los fines que perseguía dicho proyecto era proporcionar educación superior sustentada en el dominio de conocimientos teóricos y técnicos aunados al principio de responsabilidad social. Se trataba de satisfacer la demanda educativa de la creciente juventud mexicana, misma que en la década de los sesenta estaba constituyendo un fenómeno expansivo exponencial sin perder de vista el objetivo de capacitar, de manera rigurosa, a profesionistas capaces de impactar en la vida social y económica de la nación.

En los años sesenta la UNAM sufría el impacto del crecimiento demográfico y su acelerada expansión la convertía rápidamente en una institución de masas: en el año 1966 alcanza una inscripción de 70 000 estudiantes y de 81 246 al año siguiente. En 1970 la población escolar llega a 106 718 alumnos, de los cuales 66 718 están en nivel profesional y 39 943 en preparatoria (González, 2013, p. 424 y 425).

Barros Sierra condujo su gestión consciente de que todo proceso de cambio debe ir acompañado de una precisa planeación educativa, por lo que las medidas que tomó fueron encaminadas al diseño y ejecución de proyectos universitarios de largo alcance. La planeación educativa surgió en la década de los sesenta como una rama de estudio dedicada a repensar el funcionamiento de los sistemas educativos como instrumentos que apuntalaran el progreso económico, bajo el principio de relacionar las expectativas futuras con un estudio del pasado, para plantear a dónde se quiere llegar y/o qué se quiere lograr y cómo. Philip Coombs (1988) define a la planeación educativa como:

La aplicación del análisis racional y sistemático al proceso de desarrollo educativo con el objeto de hacer la educación más efectiva y eficiente para responder a las necesidades y metas de sus estudiantes y la sociedad [...] Sus metodologías son flexibles y adaptables para adecuarlas a un contexto específico, contemplando ideología, nivel de desarrollo y forma gubernamental [...] Debe ser parte integral dentro de todo el proceso de control educativo, auxiliar a los que toman decisiones a todo nivel para que lo hagan de manera informada (p. 12).

En ese sentido, se crearon una diversidad de instituciones que servirían para replantear el modelo universitario y generar nuevas plataformas institucionales, tales como la Comisión de Estudios Administrativos y la Comisión Técnica de Planeación Universitaria.

Para atender el proceso de masificación de la UNAM, se realizaron medidas de contención de la demanda educativa. Una de las más significativas fue la contratación inmediata de profesores, muchos de ellos recién egresados de sus estudios o con limitada experiencia docente. Como una respuesta ante esta situación, se creó la Dirección General del Profesorado que tuvo a su cargo el Programa de Formación de Profesores y, con ello, la misión de establecer "las medidas de orden técnico y/o administrativo necesarias para preparar y actualizar a los profesores e investigadores que colaboren o deseen colaborar con la UNAM" (González, 2013, p. 452).

También nacieron otros organismos institucionales en aras de contribuir al logro de los propósitos de desarrollo académico, tales como la Comisión para los Nuevos Métodos de Enseñanza (1969) cuyo objetivo fue diseñar programas educativos orientados a impartir enseñanza programada; y el Centro de Didáctica que tuvo la misión de proporcionar programas y/o cursos de <<formación pedagógica>> a los profesores y se

centró en la metodología de grupos operativos para lograrlo⁵ (González, 2013).

Se puede apreciar un paquete de acciones a nivel rectoral que iniciaron un proyecto de transformación ante el crecimiento de la matrícula universitaria, el estancamiento de la institución en la vida académica tradicional y la administración hermética, y los nuevos retos sociales que había que enfrentar. Sin embargo, los acontecimientos políticos suscitados en el año 1968 generaron un serio distanciamiento con el gobierno federal que llevaron a Barros Sierra a no buscar la reelección para el siguiente periodo rectoral. No obstante, las aportaciones de su gestión para mejorar los mecanismos de organización institucional propiciaron una comunicación más estrecha con cada escuela y facultad; igualmente relevante fueron la búsqueda de procesos innovadores de enseñanza-aprendizaje, el establecimiento de organismos especializados en planeación educativa y la <<formación pedagógica>>. Esos fueron el punto de partida de la profunda reforma universitaria que propondría el nuevo rector Pablo González Casanova.

Como se ha discutido en las líneas anteriores, la aparición de nuevos discursos sobre el papel de la educación superior en la transformación de la realidad nacional que tuvieron lugar con fuerza durante la década de los sesenta, no sólo propiciaron efectos muy importantes en las discusiones de las problemáticas generales del país en esta materia, sino también alimentaron iniciativas de transformación en proyectos educativos más específicos, es el caso del cada vez más evidente protagonismo del enfoque conductual en la enseñanza de la psicología en la UNAM.

Resulta necesario recordar que la psicología en México, hasta antes de la década de los sesenta, estuvo caracterizada por su definición bajo un modelo médico. Primero como Maestría en Psicología, luego como Colegio de Psicología, a inicios del siglo XX la psicología en la UNAM mantuvo una relación de dependencia institucional y disciplinaria con la Filosofía y la Medicina, y, desde el punto de vista disciplinar, estuvo determinada por el psicoanálisis como la corriente de pensamiento hegemónica. Otra de las características que destaca es la ausencia de un perfil profesional de los psicólogos, cuya actividad estaba muy ligada al quehacer del médico y limitada prácticamente a la intervención dentro de los sanatorios mentales.

Esta conformación de la psicología es evidente al mirar los planes curriculares de la psicología en la UNAM desde su primera versión (1937) hasta la quinta (1955) (Zanatta y Yurén, 2012). En ellos destacan algunas características:

- Acento de materias filosóficas.
- Importante presencia de pensamientos psicológicos de escuelas europeas, principalmente el psicoanálisis ortodoxo.
- Poca o nula presencia de asignaturas relativas a la investigación o experimentación.
- La planta docente estaba integrada principalmente por profesores con formación en otras disciplinas, especialmente en filosofía y en medicina.

De este modo nos encontramos ante el panorama de una disciplina en proceso de consolidación: su enseñanza dependía de los contenidos de otras disciplinas; carecía de una producción teórica nacional o que pudiera considerarse mexicana; sus discusiones académicas estaban distanciadas de las problemáticas de la realidad social mexicana; y, debido a que no se había profesionalizado al psicólogo, se trataba de una disciplina cuyos profesores provenían de otros campos de conocimiento.

Así, durante el rectorado de Barros Sierra, en el marco de su preocupación por ajustar los planes de estudio de las carreras a las necesidades que plantea la nueva realidad nacional, se promovieron cambios sustanciales en la currícula de psicología en la UNAM (Zanatta y Yurén, 2012): el sexto currículum (1960) incorporó un mayor énfasis en las asignaturas metodológicas, mientras que la séptima transformación (1967) destaca por tener una mayor influencia de la psicología norteamericana de corte experimental, aunque el psicoanálisis sigue estando presente en esta versión. Ya para la octava versión, en 1970, la mayor parte de las asignaturas que incorpora el currículum son de corte conductista o del análisis experimental de la conducta.

Para comprender mejor este proceso de transición del dominante modelo médico y del psicoanálisis hacia un modelo experimental, es necesario señalar la trayectoria del denominado Grupo Xalapa que tuvo una participación indispensable para la consolidación del conductismo en México (Parra, Hickman y Landesmann, 2013). El apogeo del conductismo en la psicología mexicana, específicamente de la psicología desarrollada y enseñada en la UNAM durante las décadas de los sesenta y setenta, fue en buena parte producto de los esfuerzos que emprendieron un grupo de psicólogos en la Universidad Veracruzana durante los sesenta, que luego sería conocido como el Grupo Xalapa. Parra, et al. (2013), destaca algunas características importantes en la conformación de este grupo de psicólogos:

- Rompen con el predominio cultural del centro del país. A pesar de que el centro, específicamente la capital mexicana, usualmente es protagonista en concentrar las producciones culturales y académicas más importantes del país, el Grupo Xalapa logra descentralizar los avances más atrevidos en lo que refiere a la psicología no psicoanalítica del país.
- La Universidad Veracruzana permitió que un proyecto innovador en psicología tuviera lugar y fuera de especial importancia en la definición de una identidad propia y consolidada de la psicología.
- Cuenta con la presencia de un líder que dirige la

5 En el rectorado de Guillermo Soberón, específicamente en el año de 1976, la Comisión de Nuevos Métodos de Enseñanza y el Centro de Didáctica se fusionaron para pasar a formar el Centro de Investigaciones y Servicios Educativos (CISE). Éste último, fungió como uno de los órganos institucionales encargados de poner en marcha el "Programa de Superación Académica", centrando sus funciones en la formación docente (Casanova, 2016, p. 57).

construcción del proyecto de institucionalización de la psicología experimental.

- Se trata de un grupo de psicólogos con un objetivo claro y común: lograr que la psicología se convierta en una ciencia.
- Y, por lo tanto, como comunidad les caracteriza una fuerte cohesión por actitudes, actividades y estilos cognitivos.

Los esfuerzos del Grupo Xalapa por institucionalizar al conductismo fueron muy importantes. De manera similar a lo que ocurría en la UNAM, la psicología en la Universidad Veracruzana estaba subordinada a otra disciplina, la pedagogía, así que el primer gran logro de este grupo fue la creación de la Facultad de Ciencias, donde se incluyó a la Psicología junto a Matemáticas, Física y Biología (Parra, et al., 2013). Llama la atención que, mientras la Psicología pasó décadas siendo enseñada en la Facultad de Filosofía y Letras en la UNAM, este grupo de psicólogos logró incorporarla a una Facultad de Ciencias junto a disciplinas tradicionalmente asociadas a lo "científico". Esto habla, por un lado, de la existencia de condiciones favorables al interior de la Universidad Veracruzana, que permitieron la redefinición disciplinar de la Psicología y, por otro lado, revela la capacidad de negociación y gestión de un grupo que persigue un objetivo claro.

El proceso de institucionalización del proyecto Xalapa continuó con un acuerdo con una editorial para publicar textos especializados, que favorecía la posibilidad de obtener reconocimiento y entablar lazos con otras instituciones y con especialistas extranjeros:

(...) el contacto con las autoridades más reconocidas en el campo, los intercambios y los viajes, pueden verse como estrategias formalmente instituidas por el grupo para posicionarse mejor. La "internacionalización" también constituyó una importante fuente de legitimación del Proyecto Xalapa, sobre todo viniendo de las comunidades científicas más prestigiosas del mundo anglosajón (Parra, et al., p. 59 y 60).

Luego, en 1967, organizan el Primer Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta en la ciudad de Xalapa, Veracruz. Mismo año en que el currículum de psicología de la UNAM incorpora un mayor número de asignaturas conductistas y de corte experimental. Con esto se inició una serie de esfuerzos por consolidar al nuevo paradigma, logro que se concretó en los años siguientes.

Periodo de Reformas e Innovaciones (1970-1975)

De manera general, la década de los años setenta marcó el inicio del agotamiento del modelo de desarrollo estabilizador y de la crisis del control político estatista en México. La represión de estudiantes dañó la imagen presidencial y su nuevo titular, Luis Echeverría, emprendió acciones para recuperar legitimidad, siendo las más importantes la redefinición de las políticas económica y educativa. Sus políticas de "desarrollo compartido" y de "apertura democrática" se tradujeron en mayor participación estatal en la economía, y redefinición de la contención social en sectores claves como el estudiantil. El crecimiento del endeudamiento externo a costa del déficit público sirvió para financiar proyectos económicos estatales,

así como también la inversión pública en educación, sobre todo en el nivel superior. Pero ambas esferas no estaban separadas, pues el proyecto gubernamental era el de formar los recursos humanos necesarios para apuntalar un desarrollo económico no dependiente. En la lógica de las teorías desarrollistas de la época, el subdesarrollo era una condición estructural anclada en la falta de educación, por lo que los gobiernos latinoamericanos deberían volver sus ojos a las universidades públicas para romper la dependencia cultural que sufrían los países de la región (Varela, 1996). Es decir, la recomposición de la legitimidad presidencial se hizo descansar en una retórica de autocrítica desde las entrañas mismas del sistema político mexicano, que reconocía la ineficacia de un modelo de desarrollo que con el tiempo acumulaba rezagos sociales y de un sistema educativo caduco, que ya no era capaz de proporcionar una educación que pusiera a sus alumnos en contacto con los avances técnico-científicos que había logrado el mundo desarrollado y que hiciera de ellos ciudadanos críticos y comprometidos. De la crítica a estos modelos de desarrollo económico y educativo, se debería pasar a las propuestas de cambio y de reforma.

La Reforma educativa propuesta por este gobierno -que quedó formalizada en la Ley Federal de Educación expedida en 1973-, en lo inmediato buscó cubrir dos objetivos: el primero fue atender la demanda de estudios a nivel medio superior y superior producto del crecimiento de la educación básica y media que generó el Plan Nacional de 11 años, el cual formalmente había llegado a su fin; el segundo fue modernizar la educación para dejar atrás el modelo que privilegiaba la acción del maestro sobre el alumno, para pasar a otro que volviera a este último un sujeto progresivamente autónomo en sus procesos de aprendizaje. La cuantiosa inversión estatal destinada para esta reforma se tradujo en la creación de una gran cantidad de instituciones: a nivel de la educación media superior se pone en marcha el Colegio de Bachilleres (1973), y la red de Centros de Estudios Científicos y Tecnológicos (CECYT) y los Centros de Estudios Tecnológicos y Agropecuarios (CETA); a nivel de la educación superior, se inauguraron la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (1973), la Universidad Autónoma Metropolitana (1974), la Universidad Autónoma de Chiapas (1974) y la Universidad Autónoma de Baja California (1976); para hacerse cargo de la política estatal de investigación se crea el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (1970); la UNAM fue la institución más beneficiada, pues pudo poner en marcha importantes proyectos educativos a los que se hará referencia más adelante.

Dentro de este conjunto de nuevas instituciones destacan las que se ocupan de la enseñanza superior, pues muestran el interés de este gobierno por el fortalecimiento de las universidades públicas. Pero la ejecución de la Reforma que se había proyectado para este sector ya no quedó totalmente en manos del Estado, sino que pasó al control de las autoridades de cada universidad que contara con el estatuto de la autonomía. Sobre todo, después de que el propio presidente había declarado que no haría uso del presupuesto como arma de presión hacia las universidades, como había sucedido en los gobiernos anteriores al suyo. Para no contravenir esta promesa, se recurrió a mecanismos indirectos para hacer pasar las medidas proyectadas por

esta Reforma al interior de las universidades; es el caso de los trabajos realizados por la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior (ANUIES), organismo no gubernamental creado en 1950, en el que participan las principales instituciones de educación superior públicas y privadas del país con la intención de promover el desarrollo de las labores sustantivas de la educación superior, además de servir de enlace entre estas instituciones y las autoridades gubernamentales. En la XII Asamblea General de esta asociación, llevada a cabo en Villahermosa, Tabasco, en abril de 1971, el gobierno federal expuso ante los rectores de las universidades los objetivos de su Reforma y la política para la educación superior que de ésta se derivan. Aunque, en términos generales las posiciones de los rectores coincidían con esas propuestas, en algunas universidades los procesos de reforma habían iniciado desde los años sesenta y seguían su propia dinámica, como era señaladamente el caso de la UNAM (Varela, 1996).

La UNAM inauguró la década de los setenta con el primer sociólogo que tomó el cargo de rector en 1970, se trató del Dr. Pablo González Casanova. Esto significó una lectura completamente distinta de la institución y con ello, la construcción de una propuesta innovadora de transformación educativa que se centró en la democratización de la universidad, misma que se pensó como la “apertura de los estudios superiores al mayor número de jóvenes y mayor responsabilidad y participación de los profesores y de los estudiantes en las decisiones de la Universidad” (Torres, 2011, p. 52). Con la ampliación de la matrícula en el rectorado anterior se evidenció el rebasamiento de instalaciones para atender al estudiantado, así como la incapacidad docente de impartir clases a grupos excesivamente numerosos. En ese sentido, González Casanova inició un proceso de expansión de la UNAM que se describe más adelante.

El inicio de este rectorado se dio en un ambiente político nacional desfavorable. Con Luis Echeverría en la presidencia se gestó un profundo malestar en el tejido social universitario debido al protagonismo que éste tuvo en la orquestación del ataque a estudiantes en octubre de 1968. La respuesta gubernamental ante este malestar combinó la necesidad de mantener el control social con el intento de restañar la legitimidad política; de tal suerte que sus acciones oscilaron entre el viejo recurso a la represión policiaca y la instrumentación de una reforma para detonar la expansión de la educación media superior y superior, que implicó la canalización de importantes recursos económicos. Dicha reforma fue aprovechada por el entonces rector de la UNAM, ya que el aumento del presupuesto dirigido a la universidad y el clima político de renovación al sistema educativo permitió la consolidación de un conjunto de proyectos que impactaron de manera muy significativa el crecimiento y desarrollo de la universidad.

Es destacable cómo en este periodo histórico los discursos de innovación educativa cobraron gran relevancia y terminaron concretando la creación de instancias dentro de la UNAM, a los que ya se ha hecho referencia, como el Sistema de Universidad Abierta (SUA) en 1972, así como organismos preocupados por la formación de profesores, como el Centro de Didáctica y la Comisión de Nuevos Métodos, ambos en 1969.

En aras de responder a las demandas sociales en materia educativa, el rector González Casanova emprendió el proyecto de modernización de la UNAM, teniendo como eje rector “modificar las divisiones entre trabajo intelectual y el manual, entre el aprendizaje teórico y el técnico y entre el estudio de materias fundamentales y sus aplicaciones” (Torres, 2013, p. 518). En ese sentido, puso en marcha la construcción del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), caracterizado por un modelo pedagógico innovador que consistió en proporcionar educación media superior a los jóvenes con el objetivo de desarrollar en ellos un alto nivel de autonomía. Lo anterior, les permitiría aprender un conjunto de conocimientos y habilidades necesarias para desenvolverse de manera satisfactoria y benéfica en la sociedad. Sobre el contenido curricular puede destacarse lo siguiente: “El contenido de esta formación se propuso dotar al estudiante de la capacidad de aprender a aprender en talleres de investigación documental y en la lectura de los grandes autores” (Torres, 2013, p. 512).

Otro de los grandes proyectos que vieron la luz en el periodo rectoral de González Casanova fue el SUA, una modalidad flexible de educación superior que consistió en cursar una carrera profesional con menor compromiso presencial que la modalidad escolarizada. Este proyecto académico “se estructuró a partir de una combinación de métodos clásicos y modernos de enseñanza por medio de cátedras, seminarios, diálogos y lecturas, vinculando estos procedimientos con los medios de comunicación de masas como televisión, la radio y el cine” (Torres, 2013, p. 531) y amplió el servicio educativo a poblaciones de distintas edades y con diversas ocupaciones laborales.

Con respecto a los planes de estudio de licenciaturas, maestrías y doctorados que se impartían en Ciudad Universitaria, se llevaron a cabo una serie de modificaciones y actualizaciones. Tal es el caso de la Facultad de Filosofía y Letras ya que “en ese periodo se aprobaron los planes de estudio y programas (...) que dieron origen a la creación o modificaciones en las maestrías en antropología (antropología física y antropología social); en bibliotecología; en estudios latinoamericanos (literatura, historia y filosofía)” (Torres, 2013, p. 536), etcétera.

La extensión de los servicios educativos a nivel media superior y nivel superior derivó en un significativo aumento de la matrícula de estudiantes universitarios y obligó a la contratación, en un tiempo muy reducido, de maestros jóvenes, no titulados y sin experiencia previa -muchos de ellos con escaso capital cultural⁶-, para ocupar las plazas que necesitaron los nuevos centros educativos, que estaban ajustados a un perfil docente que garantizara una enseñanza homogénea y eficiente a grandes masas de estudiantes. Esto trajo consigo la exigencia de mejorar las estrategias de enseñanza-aprendizaje para poder brindar un <<proceso formativo>> que garantizara la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes propias

6 Bourdieu (1990) se refiere a los saberes, conocimientos y habilidades que se reciben del medio familiar y de la escolarización, que se traducirán en ventajas o limitaciones para adquirir un cierto status social. El caso al que nos referimos, se trata de los primeros sujetos de sus generaciones familiares en acceder a los estudios universitarios.

de cada nivel educativo. Lo anterior dio paso a que organismos como el Centro de Didáctica y la Comisión de Nuevos Métodos de Enseñanza ofrecieran programas de <<formación docente>> abiertos a cualquier profesor de la UNAM que estuviera interesado en tomarlos. Asimismo, se alcanzó un aumento en los salarios de los docentes y se creó el Nuevo Estatuto de Personal Académico en el que se estipularon requisitos, obligaciones y derechos del cuerpo académico. Aunque hay que señalar que la instrumentación de la Reforma diseñada por González Casanova se quedó muy corta, porque el proyecto original contemplaba una radical transformación de la planta académica -que trabajaba básicamente con profesores contratados por horas-, para pasar a un modelo de profesionalización de esta actividad en donde predominaran los profesores de tiempo completo, cuyas actividades docentes se complementarían con las de investigación.

Como lo hemos analizado, este rectorado fue crucial para el despliegue de un profundo proceso de reforma de la Universidad, no sólo a partir de la consolidación de diversos proyectos académicos, pero también gracias a la enunciación de otros que no alcanzaron a concretarse por lo corto de su duración, pero que se retomaron en el siguiente rectorado, el del Dr. Guillermo Soberón (1973-1981). La propuesta del Dr. González Casanova de extender los espacios académicos fuera de Ciudad Universitaria, cobró vida en esa administración a través del “Programa de Descentralización de Estudios Profesionales de la Universidad Nacional Autónoma de México”, pero con una lógica completamente distinta a lo planteado por el Dr. González Casanova. Dicho programa atendió a la recomendación de crear nuevas instituciones de educación superior con sus propias lógicas de funcionamiento y desarrollo, que fue expedida por la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza (ANUIES) en la Declaración de Querétaro 1975. En ese sentido, tuvo como objetivo principal:

La creación de un sistema de nuevos centros educativos independientes tanto académica como administrativamente de las actuales facultades y escuelas, dirigidos por las autoridades que señala la Ley Orgánica y el Estatuto General de la Universidad Nacional Autónoma de México e integradas conforme a disposiciones legales aplicables (Dirección General de Planeación - UNAM, 1974, p. 12).

A lo largo del citado documento se presentan seis incisos en los que se describe la estructura y características de los nuevos centros educativos, así como su fecha de inauguración. Entre los rasgos más relevantes se destacan una capacidad de diez a veinte mil alumnos; administración escolar de carácter departamental; programas de formación a docentes para alcanzar un total de mil setecientos maestros en un periodo de cinco años; equipamiento de cada sede con las instalaciones y recursos educativos propios de una institución de educación superior (aulas, laboratorios, zonas deportivas, bibliotecas, etcétera).

El resultado final fue el establecimiento de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (ENEP) en la zona

metropolitana en cinco campus diferentes: Cuautitlán (1974) con carreras de ciencias químico-biológicas, administración, ingeniería, agricultura y veterinaria; Acatlán (1974) con carreras de áreas socio-económicas, de humanidades, ingeniería y arquitectura; Iztacala (1974) con carreras del área de ciencias de la salud; Zaragoza (1975) con carreras de ciencias de la salud y química; y Aragón (1975) con carreras de las áreas socio-económicas, ingeniería y arquitectura (UNAM, Informe del Rector 1973-1976, Diciembre 1976).

Uno de los acontecimientos que hizo posible la extensión de la UNAM fueron los nuevos vínculos políticos entre las autoridades de la universidad y las del Estado. El Dr. Hugo Casanova concluye que el régimen soberonista se distinguió por interiorizar un modo particular de hacer política que consistió en dirigir la institución desde la:

(...) paradójica visión del tradicionalismo político e innovación institucional- para Rollin Kent “modernización conservadora”- en la que se expresaba el amplio abanico de posiciones afines al status quo institucional, vinculadas con un gobierno federal generoso en términos financieros e impositivo en términos políticos (Casanova, 2016, p. 19 y 20).

La afinidad de la universidad con el Estado en el establecimiento de acuerdos para el mejoramiento de la educación superior, le significó una serie de beneficios que se materializaron en la participación protagónica de la UNAM dentro de la planeación educativa de nuevas instituciones como la UAM, el Colegio de Bachilleres o las propias ENEP. Fuera de la UNAM, en el ambiente educativo de la época también destacó el objetivo de fomentar la ciencia y la educación, además de garantizar el acceso masivo a la educación media y superior, a partir de proyectos de reforma e innovación. Tal es el caso del desarrollo de la Psicología, que tiene como punta de lanza los proyectos de Xalapa para institucionalizar al conductismo, en 1971, como corriente predominante en la enseñanza de esta disciplina. Un paso en ese camino es la constitución del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP):

La idea que impulsa la constitución del CNEIP es hacer del Análisis Experimental de la Conducta el paradigma dominante en todas las instituciones de enseñanza de la psicología en el país, fue el intento de homogeneizar y hegemonizar la identidad profesional del psicólogo a nivel nacional (Parra, et al., 2013, p. 62).

Poco después, en 1974, la psicología fue reconocida como una disciplina independiente, ameritando cédula profesional. Esto coincidió con avances importantes en la consolidación del conductismo como paradigma dominante; el mismo año se fundó la Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, se fundó la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria y más tarde, en 1975, se fundó la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta (SMAC) y se echó a andar la carrera de psicología en la ENEP Iztacala. En todos estos eventos, los que fueron integrantes del Grupo Xalapa jugaron roles relevantes, ganando mayor terreno al interior de la Universidad en favor del análisis experimental de la conducta.

Es decir, convergieron distintas condiciones en un espacio temporal relativamente corto, que los conductistas supieron aprovechar para impulsar la consolidación de su proyecto:

- Preocupación por masificar la educación media y superior.
- Transformaciones en los proyectos y discursos nacionales sobre la educación, que pasaron del discurso democratizador a los de masificación y eficiencia.
- Mayor demanda y crítica social hacia el papel de las instituciones educativas en las problemáticas del país.
- Favorecimiento de proyectos innovadores que plantearon transformaciones en los procesos de enseñanza-aprendizaje y en la estructura administrativa al interior de las instituciones.
- Ambiente favorable en la inversión de recursos para echar a andar proyectos innovadores.
- Mayor preocupación por formar profesores capacitados para echar a andar dichos proyectos innovadores.

Es decir, en esta etapa inicia la consolidación de la psicología como disciplina académica, pues, de acuerdo a Becher (2001), para que esto suceda se deben cumplir con los siguientes factores: los de tipo institucional (la consolidación de los departamentos pertinentes en las universidades), los de tipo organizacional (la aparición de una comunidad internacional independiente, con sus propias asociaciones profesionales y publicaciones especializadas) y los de tipo cultural (una comunidad con una red de comunicaciones, una tradición, un conjunto particular de valores y creencias, un dominio, una modalidad de investigación y una estructura conceptual). Como se ha expuesto, en esta etapa, el proyecto que inició el Grupo había ya alcanzado varios de estos factores.

Aunque las condiciones nacionales e institucionales abonaron el terreno para fortalecer al conductismo como paradigma dominante de la psicología en la UNAM, es importante destacar la diversidad de discursos que circularon en este periodo. Por un lado, encontramos el discurso de la eficiencia del Estado sobre el papel de la educación y la formación de profesionales al servicio del país; por otro lado, el discurso de la Universidad que destacó la importancia de dar acceso a la educación superior a mayor población. Mientras que el discurso de los conductistas se centró en la urgencia de abandonar al modelo médico por estar despegado de las problemáticas de la realidad -haciendo eco, de alguna manera, del discurso del Estado- y asumió la tarea -en armonía con la Tecnología Educativa- de mejorar los procesos de educación desde una mirada científica y sistemática, atendiendo, en parte, a la necesidad expresada por la Universidad.

La fundación de la ENEP-Iztacala, en 1975, representó una nueva oportunidad para fortalecer al conductismo como el paradigma dominante en el campo. Los líderes del proyecto encontraron las condiciones idóneas para apuntalar una psicología construida sobre las bases del modelo experimental; rápidamente construyeron un currículo propio de Iztacala que giró exclusivamente alrededor del conductismo; se originó un Curso de Formación Docente en Ciencias Básicas que pretendió adiestrar a los futuros profesores de la carrera; y dio el espacio para que se comenzara un modelo interconductual propio. Luego, en 1976, se fundó la ENEP-Zaragoza con un proyecto

similar, aunque las condiciones fueron considerablemente distintas a las de Iztacala: ubicación con condiciones más difíciles, menor disponibilidad de profesores, etc. Pero una de las particularidades del proyecto Zaragoza fue la apertura a posturas teóricas diversas y alejadas del conductismo para dar forma a la carrera; lo que implicó un distanciamiento con el proyecto original planteado en la fundación del proyecto Iztacala. Eventualmente en ambos escenarios se dieron fuertes debates que cuestionaron al modelo experimental, dando paso a un periodo de diversificación teórica que será abordado en otros trabajos, pues no es propósito de este trabajo abordar la compleja diversidad de posturas teóricas que siguió al declive del conductismo como teoría hegemónica

Consideraciones finales

Las tensiones entre los tres ejes de análisis que hemos abordado se hacen especialmente evidentes cuando contrastamos elementos que forman parte de los proyectos de transformación. Por ejemplo, los procesos de reforma de la década de los años setenta -tanto la estatal como la universitaria- asumieron que el objetivo era alcanzar la modernización, pero ésta fue entendida de manera muy distinta por ambas instancias. Para el gobierno federal -con Luis Echeverría a la cabeza- el discurso del cambio educativo iba dirigido a promover el desarrollo económico a partir de la formación de un capital humano que trabajara con altos estándares de eficacia y eficiencia. En este sentido, asumió los planteamientos de la teoría funcionalista que concibe a la educación como una actividad al servicio del crecimiento económico. En contraste, el discurso de González Casanova descansó en la premisa de que la deseada modernización pasa por la construcción de una sociedad democrática que combata las desigualdades sociales, lo cual suponía una transformación radical de los alcances de la educación, de las instituciones educativas y, también, de las estrategias de enseñanza y el acceso a la educación. Estos discursos modernizadores diferentes hicieron que, a nivel de los ambiciosos proyectos de reforma que animaron, se dieran puntos de encuentro que se manifestaron al inicio de las administraciones y puntos de desencuentro que se tornaron más acusados con el paso del tiempo entre el gobierno estatal y el universitario. Sin duda, la autonomía universitaria y el sólido valor simbólico de la UNAM en el campo de la educación superior contribuyeron a que sus dinámicas reformadoras e innovadoras guardaran distancia con respecto a las políticas federales y buscaran sus propios canales de consolidación y reconocimiento institucional.

Por otro lado, la modernización fue asumida entre los psicólogos como una encomienda de “desempolvar” a la psicología de los remanentes filosóficos “no científicos”, despegados de los problemas de la realidad nacional. Estos remanentes eran un obstáculo para lograr construir una nueva psicología, sostenida por una visión científica, parada sobre sus propias producciones teóricas y que ofreciera soluciones sistemáticas y eficientes a las demandas de las condiciones nacionales. El paradigma experimental del análisis de la conducta ofreció esa nueva configuración innovadora de la psicología y encontró cierto sostén en los discursos modernizadores del Estado y de la Universidad, además de coincidir con condiciones favorables para echar a andar proyectos de enseñanza a

alumnos de pregrado y habilitación de profesores desde este nuevo paradigma.

Un ejemplo de esto lo constituyen los proyectos de <<formación docente>>. Bajo la influencia del clima modernizador estatal, las instituciones de educación superior en México se adhirieron a la perspectiva pedagógica de la tecnología educativa, que hacía sentir su peso desde la hegemonía impuesta por la pedagogía norteamericana. Esta teoría, se entendía como “el conjunto de procedimientos o métodos, técnicas, instrumentos y medios (...) para obtener productos o resultados educativos, de manera eficaz y replicable” (Durán y Becerra, 1981, p. 499). La tecnología educativa se convirtió en la bandera de la innovación, sobre todo en el campo de la llamada <<formación docente>>; la Reforma Educativa, a través de la ANUIES, diseñó cursos para habilitar, en un tiempo muy reducido, a los jóvenes que ya habían sido contratados como profesores para ocupar las plazas que necesitaban los nuevos centros educativos, así, en 1971 se crea el Programa Nacional de Formación de Profesores.

En la UNAM el panorama fue más complejo, pues para la profesionalización de sus docentes participaron tanto el Centro de Didáctica como la Comisión para los Nuevos Métodos de Enseñanza. En este último organismo predominaba la tecnología educativa, teoría en la que se basaron sus cursos de enseñanza programada; mientras que en el primero, sus cursos de <<formación pedagógica>> a los profesores se centraron en la metodología de los grupos operativos. Es decir, a contracorriente del paradigma pedagógico dominante en la época, en la institución se abrieron paso algunos colectivos académicos que impulsaron proyectos de <<formación>> innovadores, algunos de los cuales surgían de las diferencias disciplinares que formaban parte de la constitución de esos organismos.

Es necesario subrayar que el clima de cambio educativo que predominó en ese momento hizo posible una flexibilidad institucional que también dio cabida a proyectos de capacitación docente específicos, que no tenían que someterse a los que habían diseñado los organismos oficialmente encargados de esta tarea. Por la misma época el proyecto innovador de Psicología Iztacala creó su propio curso de <<formación docente>>, que consistió en un programa que servía de circuito de reproducción de su modelo conductista. Es decir, entre los diferentes espacios académicos encargados de llevar a cabo dicha tarea se instauró un ambiente de discusión, adaptación y crítica ante la tendencia tecnicista que estaba permeando a la institución.

Es interesante considerar la importancia de la escala en que operan los proyectos de reforma e innovación, para ponderar el nivel de alcance de las metas planteadas. El caso de las reformas es el más complicado no sólo porque puede implicar una apuesta muy ambiciosa de cambio radical de todo un sistema educativo difícil de alcanzar en el corto tiempo, sino porque son muchos los elementos y variables que entran en juego, y muchos los intereses y resistencias que hay que vencer. En el caso de las innovaciones, aunque los elementos arriba mencionados también están presentes, como su ámbito de operación está más acotado, estos elementos no tienen

las dimensiones y la fuerza del primer caso. Por ejemplo, uno de los propósitos de la reforma de González Casanova no alcanzados fue la radical transformación de la planta académica, como ya se explicó líneas arriba; en cambio, en este rubro el proyecto innovador de Psicología Iztacala tuvo de inicio un mayor éxito, pues se negoció con la administración central que la mayor parte de sus académicos tuvieran plazas de tiempo completo, aspecto crucial para asegurar el éxito del proceso de <<formación>> que estaba inaugurando.

Los anteriores son sólo algunos de los muchos elementos que entran en juego en estos procesos de cambio educativo, en el marco de instituciones complejas: las políticas públicas y los discursos que dan forma a los proyectos de nación; las transformaciones institucionales que buscaban alinearse o deslindarse de dichos proyectos; y los objetivos, proyectos y discursos innovadores de los sujetos que estaban pujando por hacerlos una realidad instituida -los psicólogos conductistas como claro ejemplo-. Las complejas tensiones entre estos tres ejes dieron lugar a una dialéctica que terminó concretando proyectos que lograron alcanzar algunos de los objetivos de su plan original, que no pudieron conservar otros y que incluso incorporaron elementos que no estaban en sus previsiones.

REFERENCIAS

- Arredondo, M. y Díaz Barriga, A. (1989). *Formación pedagógica de profesores universitarios. Teoría y experiencias en México*. Distrito Federal: Centro de Estudios sobre la Universidad.
- Becher, T. (2001). *Tribus y territorios académicos. la indagación intelectual y las culturas de las disciplinas*. España: Gedisa.
- Bourdieu, P. (1990). *Capital cultural, escuela y espacio social*. México: Siglo XXI.
- Casanova, H. (2016). Saber, política y administración: El rectorado de Guillermo Soberón. En R. Domínguez-Martínez (Ed.). *Historia general de la Universidad Nacional. Los ajustes estructurales entre dos siglos, 1973-2015*. (pp. 17-89) Ciudad de México, México: UNAM, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación.
- Congreso Nacional de Investigación Educativa. (1981). *Documentos Base*. Vol. 1. México.
- Coombs, P. (1970). *¿Qué es la planeación educativa?*. UNESCO.
- Córdova, I. y Cortés, D. (2017). Políticas públicas, educación y tecnología. *International Journal of Engineering Science Invention*, 6(10), 89-98.
- Dirección General de Planeación, UNAM. (1974). *Programa de Descentralización de Estudios Profesionales de la Universidad Nacional Autónoma de México*. México.
- Ferry, G. (1990). *El trayecto de la formación. Los enseñantes entre la teoría y la práctica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala y Paidós.
- González, S. (2013). El Rectorado de Javier Barros Sierra (1966-1970) En R. Domínguez (Ed.). *Historia general de Universidad Nacional siglo XX. Un nuevo modelo de la Universidad. La UNAM entre 1945 y 1972*. (pp. 49-72) Ciudad de México, México: UNAM, Instituto de

- Investigaciones sobre la Universidad y la Educación.
- Hirsch, A. (1990). *Investigación superior: universidad y formación de profesores*. Distrito Federal: Trillas.
- Lazarín, F. (1996). Educación para las ciudades. Las políticas educativas 1940-1982. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 1(1), 166-180.
- Medina, L. y Castro, D. (1999). *Estado de la cuestión de la innovación educativa en la universidad pública mexicana*. Cuadernos de Investigación #6. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Parra, G., Hickman, H. y Landesmann, M. (2013). El grupo Xalapa y la consolidación del conductismo en México: un acercamiento a la constitución de una disciplina a partir de una red intelectual. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 16(1), 46-64.
- Torres, J. (2013). Crónica del rectorado de Pablo González Casanova. En R. Domínguez (Ed.), *Historia general de Universidad Nacional siglo XX. Un nuevo modelo de la Universidad. La UNAM entre 1945 y 1972* (pp. 499-600) Ciudad de México, México: UNAM, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación.
- Torres, J. (2011). Pablo González Casanova. Modernización de la Universidad y Democratización de la Enseñanza. En L. Chehaibar (Ed.). *La UNAM en la Historia de México. Del inicio del rectorado de Pablo González Casanova al Congreso Universitario (1970-1990)*. (pp. 49-72) Ciudad de México, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (1976). *Informe del rector 1973-1976*. México.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (1976). *Superación Académica y Proyección Social*. México.
- Varela, G. (1996). *Después del 68. Respuestas de la política educativa a la crisis universitaria*. México: UNAM y Miguel Ángel Porrúa.
- Zanatta, E. y Yurén, T. (2012). La formación profesional del psicólogo en México: Trayecto de la construcción de su identidad profesional. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(1), 151-170.
- Zarco, M. (2006). *La obra educativa de Jaime Torres Bodet*. Tesina de licenciatura en Pedagogía. México: Universidad Pedagógica Nacional.