



ISSN: 2395-8480

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM

Vol. 13
Núm. 25
enero-junio

2023





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. 13, núm. 25, enero-junio, 2023

CONTENIDO

El psicólogo organizacional y su papel como preventólogo en adicciones: una revisión teórica Rubiel Alberto Chica Ríos	4
Muerte, Vida, Salud y Enfermedad en tiempo de COVID-19. Estudio comparativo entre creencias de supremacía absoluta de académicos de la UNAM y población en general Jesús Silva Bautista, Venazir Herrera Escobar, Rodolfo Corona Miranda, Leonel Romero Uribe, Juan Martínez Berriozábal, Tomás Pinelo Ávila	13
Lo normal, lo anormal, la perturbación, el trastorno, la patología, la incompatibilidad evolutiva, el padecimiento, y la enfermedad psíquica Eduardo Alejandro Escotto Córdova, Ana María Baltazar Ramos	31
Diseño de material didáctico en sistema dual para la orientación alimentaria en niños y jóvenes con discapacidad visual: una reflexión teórica María Fernanda Pedraza Escalante, Andrés Méndez Palacios-Macedo	39
Emociones adversas al interior del hospital. Una aproximación interdisciplinaria Omar Ángel Daniel Cabrera Valdez, Bernardo Adrián Robles Aguirre	49
Habilidades sociales, ansiedad social, rendimiento académico y género en estudiantes de psicología Gerardo Reyes Hernández, Ma. del Refugio Cuevas Martínez, Alfonso Sergio Correa Reyes	56

El psicólogo organizacional y su papel como preventólogo en adicciones: una revisión teórica

The organizational psychologist and his role as a preventologist in addictions: a theoretical review

RUBIEL ALBERTO CHICA RÍOS

RESUMEN: Abordar el problema de las adicciones desde una visión inter y multidisciplinaria nos ayuda a generar mejores estrategias que contribuyan a impactar de manera positiva todos los agentes causales de índole laboral, social, económica, psicológica, educativa, biológica y emocional.

Las estrategias de prevención buscan generar factores protectores que disminuyan la vulnerabilidad al consumo de alcohol o sustancias psicoactivas (SPA) y las conductas de riesgo asociadas a estos, mediante el avance de habilidades y capacidades para la toma de decisiones, la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, así como el fortalecimiento de las redes familiares, laborales y comunitarias, y en última instancia la integración y la inclusión social. La revisión teórica se hizo en bases de datos académicas internacionales, la búsqueda de los artículos se realizó entre el 25 de abril del 2022 hasta el 5 de junio del 2022. Las bases de datos consultadas fueron: Scopus, Pubmed y MedicLatina.

El papel del preventólogo es articular y posibilitar todos los espacios para prevención, el tratamiento y el seguimiento, no solo de los individuos consumidores, sino también explorar distintos ámbitos educativos que busquen prevenir la adicción. Implementar y promover mejores estilos de vida, habilidades emocionales y de comportamiento, resiliencia y resignificación de la vida deben ser las estrategias para desarrollar por parte de los Estados como políticas públicas de prevención, para que estas sean adaptadas por las empresas para promover y garantizar el bienestar de todos sus colaboradores.

Palabras clave: adicciones, psicología organizacional, prevención, programas.

Abstract: Addressing the problem of addictions from an inter and multidisciplinary perspective helps us to generate better strategies that contribute to a positive impact on all the causal agents of a labor, social, economic, psychological, educational, biological, and emotional nature.

Prevention strategies seek to generate protective factors that reduce vulnerability to the consumption of alcohol or psychoactive substances (PAS) and the risk behaviors associated with them, through the advancement of skills and abilities for decision-making, the promotion of habits and styles healthy lifestyles, as well as the strengthening of family, work, and community networks, and ultimately integration and social inclusion. The theoretical review was carried out in international academic databases, the search for articles was carried out between April 25, 2022, and June 5, 2022. The databases consulted were Scopus, Pubmed and MedicLatina.

The role of the preventologist is to articulate and enable all spaces for prevention, treatment and follow-up, not only of consumer individuals, but also to explore different educational areas that seek to prevent addiction. Implementing and promoting better lifestyles, emotional and behavioral skills, resilience, and resignification of life should be the strategies to be developed by the States as public prevention policies, so that these are adapted by companies to promote and guarantee the well-being of all its collaborators.

Keywords: addictions, organizational psychology, prevention, programs.

INTRODUCCIÓN

En este artículo de revisión teórica se examinará cómo el psicólogo organizacional tiene un papel fundamental en la prevención del desarrollo de adicciones químicas y no químicas al interior de las empresas, teniendo un análisis crítico del fenómeno de la farmacodependencia y haciendo un enfoque multicausal del problema. De lo anterior, se infiere la importancia de abordar este tema dentro de varios contextos como el social, laboral, político, individual, educativo, cultural, económico y familiar.

El Psicólogo organizacional debe ser un profesional que fomenta la ética, la participación, la solidaridad, la autogestión, la convivencia armónica y la justicia social en su entorno laboral. Es un actor social crítico y un académico pluralista, inscrito en el contexto de la multidisciplinariedad de la ciencia, capaz de continuar con autonomía su proceso de formación, para responder de manera pertinente a los retos de una realidad cambiante.

Se debe tener en cuenta que el problema del consumo / abuso de drogas es tan complejo y multicausal que su intervención debe incluir un equipo de carácter inter y multidisciplinario.

Este equipo interdisciplinario, para que obtenga los resultados esperados, además de la capacitación en el tema específico de las drogodependencias y del entrenamiento y la sensibilidad para el trabajo en equipo, debe reunir los siguientes requisitos: tener un objetivo común, tener criterios unificados y hablar un mismo lenguaje, teniendo roles definidos.

La habilidad del psicólogo para promover un ambiente laboral saludable, que responda a las exigencias no solo de la empresa, si no del mundo exterior generando oportunidades para el equilibrio personal y laboral, esta también indirectamente relacionada con la creación de espacios de prevención no solo de las adicciones sino de otras múltiples enfermedades mentales desencadenadas por situaciones de estrés laboral.

MARCO CONCEPTUAL

¿Qué es hacer prevención?

Para empezar a explorar este tema de prevención en adicciones el Psicólogo organizacional y preventólogo en adicciones debe tener en cuenta que hacer prevención significa diseñar y poner en marcha un proceso activo y dinámico que involucre acciones que fomenten la formación de los individuos, generando espacios para el desarrollo de la autonomía, el autocontrol y el autocuidado y participen activamente en enfrentar los posibles factores de riesgo para el desarrollo de adicciones tanto químicas como no químicas.

Hacer prevención es tratar de responder a un problema complejo, de múltiples variables y, además, dinámico. Un problema que obedece a diversas coyunturas, modas, situaciones geopolíticas e intereses económicos, además de jugar con variables intra e interpersonales. Es por todo esto que, sobre la base de este nuevo conocimiento, los científicos están trabajando en la creación de métodos eficaces de prevención y de tratamiento con el propósito de reducir el

daño que el consumo de drogas causa en las personas, en las familias y en las comunidades (National Institute of Drug Abuse, NIDA, 2020).

Cuando hablamos de prevención del consumo de drogas hay que hablar de prevención (como se mencionó en el apartado anterior) y de programa preventivo. Un programa preventivo es un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir, o retrasar, la aparición del problema al que se dirige dicho programa preventivo, que en el caso de las drogas es impedir, o retrasar, la aparición de conductas de consumo y abuso de las distintas drogas (Becoña, 1995). Lo que pretendemos con el desarrollo de los programas preventivos es que las personas no lleguen a probar y luego consumir regularmente esas sustancias o a retrasar la edad de inicio de la prueba y posterior consumo regular, abuso y dependencia.

Adicionalmente está la idea de que, si prevenimos, impidiendo el consumo de las drogas de iniciación o retrasando el inicio de este, evitaremos no sólo los graves problemas físicos, psicológicos y sociales que las drogas legales producen, sino que también impediremos que las personas pasen al consumo de sustancias consideradas más peligrosas, las drogas ilegales, como es por excelencia la heroína.

Clasificación de las adicciones químicas y objetivos de la prevención

La tradicional clasificación de prevención primaria, secundaria y terciaria, aunque aún es usada como referencia, está dejando paso a una más nueva y aceptada internacionalmente. Esta nueva clasificación incluye los niveles o enfoques de Universal, Selectiva e Indicada.

Según varios autores (Ammerman, 1999; Martín, 1995; Paglia y Pandina, 1999; Plan Nacional sobre Drogas, 2000), los objetivos que pretende conseguir la prevención de las drogodependencias son enumeran a continuación:

1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
2. Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas.
3. Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de estas.
4. Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de estas.
5. Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
6. Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
7. Modificar las condiciones del entorno sociocultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

El propósito real no es que todas las personas no consuman drogas. Este sería un objetivo idealista y utópico. Pero sí es un objetivo sensato el que las personas retrasen el consumo, hagan solo consumos esporádicos o una parte importante de ellos no las lleguen a consumir. Ciertamente, lo que se pretende con los programas preventivos es modificar los comportamientos de los individuos para incrementar los

factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman drogas, cambiar el contexto del entorno social que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables (Ammerman, 1999).

Algunos aportes para tener presente en programas para la prevención en adicciones en las empresas:

Los programas de prevención aumentan los factores de protección y eliminan o reducen los factores de riesgo del consumo de drogas. Están diseñados para distintas edades y se pueden usar en forma individual o en un entorno grupal, como la escuela o el hogar con tres tipos de programas:

- Programas universales: se enfocan en los factores de riesgo y de protección.
- Programas selectivos: expuestos a ciertos factores que aumentan el riesgo de que consuman drogas.
- Programas indicados: están diseñados para las personas que ya han comenzado a consumir drogas. (National Institute of Drug Abuse, NIDA, 2020)

Para los psicólogos que trabajan haciendo programas de prevención es importante saber que el término Prevención Universal, como lo denominan Mrazek y Haggerty (1994), hace referencia a las estrategias dirigidas a toda la población (comunidad local, los alumnos y el vecindario). El objetivo de la prevención universal es impedir o retrasar la aparición de abuso de sustancias, proporcionando a todas las personas la información y las habilidades necesarias para prevenir el problema (Quintero, Ortega & Fuentes, 2014).

Más allá de los programas de prevención universal, los programas de prevención indicada o puntual se enfocan a las personas que presentan indicios de problemas asociados al consumo de sustancias sin haber desarrollado criterios de dependencia, siendo su finalidad disminuir el consumo, reducir la frecuencia de uso y evitar la progresión hacia la dependencia (Toumbourou, 2007). Entre dichos programas, destacan los que se basan en intervenciones breves, en sus diferentes modalidades, y los que incluyen intervenciones sobre la familia (Tait, 2020). Las intervenciones breves han demostrado su efectividad y eficacia en diversos estudios, especialmente para reducir el consumo de alcohol. (Grenard, 2006 y Vasilaki, 2006).

Teniendo presente todo esto podríamos sintetizar la prevención como “toda medida o actuación que tiende a reducir, retrasar o evitar el consumo de determinada sustancia y los problemas derivados de su uso” (Cruz, 2013).

Parecería que el escalamiento del uso de drogas legales (alcohol, tabaco) a las ilegales es casi universal, sin embargo, no debe dejar de observarse patrones y tendencias dinámicos y cada vez más acelerados respecto al consumo. Teorías y modelos que toman en cuenta lo sociocultural, con los factores de personalidad y los riesgos de comportamiento parecen ser eficaces. En este contexto se ubican los modelos de Influencias Sociales y aquel de Habilidades para la Vida y Habilidades Generales.

Pero teniendo muy presente el fenómeno de adicción que es bastante complejo y que no puede explicarse sobre la base de causas únicas, considerándose como un fruto de la interacción conjunta de diferentes tipos de factores: variables o dimensiones de personalidad y variables sociales y contextuales (familiares, escolares y grupales). (López, 2014). Cualquier estrategia debe conllevar a planear acciones para reducir factores de riesgo y daños que se presentan en diferentes niveles. Sin embargo, es de resaltar que estos riesgos y daños no solo se presentan cuando hay consumo de sustancias psicoactivas (SPA), siendo una aproximación a las situaciones potenciales a las que se puede enfrentar el individuo consumidor de SPA y su impacto en diferentes niveles. (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC, 2010).

Por tanto, los programas preventivos son un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al que se dirige dicho programa preventivo, lo cual, en el caso de las drogodependencias, consiste en impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de distintas drogas. Un programa preventivo puede ser global para toda la comunidad o específico para un subgrupo de personas, barrio concreto, grupo de edades, etc. (Becoña, 1999).

Algunos autores indican la baja eficiencia de programas de prevención existentes, afirmando que las características principales y la ejecución de las políticas públicas que se han empleado como estrategias de prevención para el consumo de sustancias psicoactivas, no han tenido un gran impacto ni generan efectividad en la población a la cual se orientan, permitiendo incluso en algunos casos, la ampliación de consumo, discutiendo los efectos iatrogénicos de los programas de prevención de alcohol y drogas (Arco y Fernández, 2002). Cabe resaltar que las cifras presentadas en el informe de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2015), refuerzan la idea anterior.

Es por esto por lo que las estrategias de prevención no solo deben estar enfocadas en informar a la población sobre los riesgos del consumo, sino en generar factores protectores que disminuyan la vulnerabilidad al consumo de alcohol o sustancias psicoactivas (SPA) y las conductas de riesgo asociadas a estos. Esto se logra, en gran medida, a través del desarrollo de habilidades y capacidades para la toma de decisiones, la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, el fortalecimiento de las redes familiares y comunitarias, la integración y la inclusión social y la creación de un proyecto de vida. Por medio de esto se pueden prevenir posibles efectos negativos en individuos, comunidades y la sociedad en general (Llano Sierra et al., 2017).

En el marco de la protección social, la prevención es una estrategia para manejar o gestionar más efectivamente el riesgo. Esta se pone en marcha antes de que el riesgo se manifieste y busca reducir la probabilidad de que un choque adverso afecte la salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas, los hogares y las comunidades. En este caso, los “choques” hacen referencia a los factores de riesgo que operan en los niveles macrosociales, microsociales y personales (UNODC, 2010).

Asimismo, todas las conductas adictivas están controladas inicialmente por reforzadores positivos —el aspecto placentero de la conducta en sí—, pero terminan por ser controladas por reforzadores negativos —el alivio de la tensión emocional, especialmente— (Echeburúa, 1999; Marks, 1990).

Es por esto por lo que la prevención es una intervención técnica, que debe basarse en la evidencia científica y debe utilizar los conocimientos técnicos contrastados y aceptados sobre factores de riesgo, así como el conocimiento contrastado y aceptado sobre las técnicas y los procedimientos para hacer frente a los problemas derivados del consumo de drogas con eficacia (Red Iberoamericana de ONG que trabajan con Drogas Adicciones, 2019). Lo anterior, teniendo muy presente que los programas de prevención deben intensificar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo (Hawkins, 2002).

Criterios para determinar la intervención

1. Hacia dónde se dirige la intervención: Distinguiéndose dos grandes líneas, o estrategias, según se intervenga sobre las personas, o sobre las sustancias.
2. Medio que se utiliza para acceder a la población diana sobre la que el proyecto quiere incidir: Con tres estrategias, la publicitaria, la comunitaria y la de intervención directa.
3. Tipo, o características, de los factores de riesgo: Se distinguen la estrategia específica y la inespecífica.
4. Qué situación o nivel de problematización y de riesgo tiene la persona a la que se dirige la intervención preventiva: Se distinguen tres niveles: universal, selectiva e indicada.
5. La finalidad que se persigue con el proyecto preventivo: Se pueden distinguir dos grandes estrategias: la reducción del consumo y la reducción de riesgos y daños.
6. El ámbito en el que va a tener lugar la intervención preventiva. No es un criterio en sí mismo, pero es una cuestión interesante para contemplar. Se distinguen: la comunidad natural (pueblo, barrio), la población en general, la escuela, la familia, las asociaciones, etc. (Red Iberoamericana de ONG que trabajan con Drogas Adicciones, RIOD, 2019)

Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo por menores de edad de drogas legales (por ejemplo, el tabaco o el alcohol); el uso de drogas ilegales (como la marihuana o la heroína); y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (por ejemplo, los inhalantes) o de medicamentos, sean con o sin prescripción médica (Johnston, 2002).

Es por esto por lo que las 193 naciones miembro de la Sesión Especial sobre Drogas de la Asamblea General de las Naciones Unidas votaron unánimemente para reconocer la necesidad de considerar los trastornos por consumo de drogas como problemas de salud pública, en vez de castigarlos como delitos penales. Se necesita con urgencia más investigación para establecer la eficacia y el impacto de estrategias basadas en la salud pública como alternativas a la penalización y al castigo, desde tribunales para drogas y otros programas de rehabilitación hasta políticas que eliminen la penalización

de la posesión de drogas. (National Institute of Drug Abuse NIDA, 2021).

En lo que se refiere a los tratamientos no médicos, una de las herramientas más usadas y eficaces son las terapias cognitivo-conductuales que ayudan a las personas que están bajo tratamiento por drogadicción a modificar sus actitudes y comportamientos relacionados con el consumo de drogas. Como resultado, los pacientes son capaces de afrontar situaciones de estrés y varios factores desencadenantes que podría causar otra recaída. Las terapias conductuales también pueden aumentar la eficacia de los medicamentos y ayudar a que el paciente continúe con el tratamiento durante más tiempo. (National Institute of Drug Abuse, NIDA, 2020).

Por tanto, el psicólogo organizacional con enfoque preventivo debe ser conocedor de los tipos de tratamientos e intervenciones requeridas por las personas con consumos adictivos de sustancias para lograr mantener la continuidad cuando sea necesario, hacer un apropiado abordaje en caso de crisis y manejar de manera asertiva la situación individual y colectiva dentro del entorno laboral. Aunque el eje fundamental es la prevención y desarrollar herramientas que permitan evitar el consumo, estar preparado para eventuales casos de agudización y conocer los posibles signos, síntomas y comportamientos, debe ser una tarea liderada por el equipo empresarial que atiende las necesidades del personal que colabora con la institución.

Algunos apuntes sobre lo que pasa en las empresas con las adicciones:

Para las empresas en su afán de adaptarse a las nuevas exigencias del mercado global generan nuevas demandas y exigencias para los empleados que se traducen en transformaciones cada vez más complejas de las actividades laborales tanto en la carga emocional como las relacionadas con las interacciones sociales más frecuentes con una mayor cantidad de personas en sus labores cotidianas (compañeros, jefes, proveedores, clientes, etc.). Estas afectan tanto la salud física como el bienestar psicológico de los trabajadores y repercuten negativamente en la eficiencia de las organizaciones productivas, pues se convierten en agentes generadores de estrés laboral, desgaste emocional y agotamiento laboral (Porras, 2013; 2015; 2017).

La psicología del trabajo asume el trabajo humano como acción de un sujeto cognitivo, emocional y social orientado intencionalmente a transformar la naturaleza en un contexto organizacional de tipo empresarial en general y el trabajo como una modalidad singular de empleo en la sociedad industrial y postindustrial. En el segundo caso, el trabajo es para la psicología moderna una forma social e históricamente determinada de actividad laboral asalariada, en un régimen contractual, y en el marco de una particular forma de organización del trabajo (Porras, 2016).

Las dinámicas empresariales pueden generar cargas emocionales en los individuos y a nivel colectivo, que, a su vez, se ven influenciadas desde el ámbito externo por factores socioeconómicos, culturales y familiares. Estos, pueden

generar episodios de estrés físico y emocional que pudieran eventualmente desencadenar deseo de consumir sustancias psicoactivas (legales e ilegales) que conlleven el riesgo de permanecer y abusar del consumo, con las consecuentes y muy variadas respuestas tanto en la salud física como la mental y emocional.

Por lo anterior, trabajar en el ámbito empresarial por promover una adecuada higiene psicoemocional, así como el desarrollo de programas preventivos en el consumo de sustancias psicoactivas, aunque requiere de una gran inversión económica, de esfuerzo, de tiempo y de personal, puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los colaboradores como individuos y como equipos de trabajo, optimizando la productividad, previniendo el ausentismo laboral y contribuyendo con el compromiso social de las empresas de ofrecer entornos laborales seguros y saludables.

También para tener en cuenta: La adicción al trabajo o “Workaholism”

La mayoría de los psicólogos(as) coinciden en señalar que Oates (1971), fue el primero en utilizar el término “workaholism” para referirse a un tipo de comportamiento, que observa en sí mismo cuando estaba trabajando, y que se parecía a la conducta en el alcoholismo, por su carácter compulsivo y falta de control, y que podía llegar a constituirse en un riesgo para su salud personal, sus relaciones interpersonales y su funcionamiento social en general. Oates (1971), definió la adicción al trabajo como una necesidad excesiva e incontrolable de trabajar incesantemente que afecta a la salud, la felicidad y las relaciones interpersonales del adicto. De acuerdo con Salanova (2007), las causas de este problema apuntan a unas condiciones sociales, personales y laborales que interaccionan y hacen que en un contexto laboral específico el trabajador se vea afectado por esta adicción.

La adicción al trabajo en términos generales como una implicación irracional al trabajo excesivo que caracteriza a las personas que son incapaces de encontrar otra fuente de ocupación diferente a su propio trabajo. Killinger (1993), plantea que “un adicto al trabajo es una persona que gradualmente va perdiendo estabilidad emocional y se convierte en adicta al control y el poder en un intento compulsivo de lograr aprobación y éxito.

Para Robinson (1997), la adicción al trabajo se caracteriza por la sobrecarga laboral continua, voluntaria y compulsiva, de forma tal que el trabajador es incapaz de regular sus hábitos laborales y acaba excluyendo de su mundo social vital otros campos de interés y actividad.

Salanova, Del Líbano, Llorens, Schaufeli & Fidalgo (2008), definen la adicción al trabajo como un daño psicosocial caracterizado por el trabajo excesivo debido fundamentalmente a una irresistible necesidad o impulso de trabajar constantemente.

Para Castañeda & García (2011), el perfil psicosocial del adicto al trabajo incluye los siguientes rasgos: niega la situación, manipula la información, comunicación interpersonal deficiente,

elevada necesidad de control, disposición para el trabajo extra, realiza tareas innecesarias para justificar su exceso de trabajo, presentismo (van al trabajo estando enfermos), problemas extra laborales, hábitos laborales que exceden lo prescrito, su meta en el trabajo es siempre la perfección entre otras.

De acuerdo con Robinson (2001), una persona adicta al trabajo se caracteriza por: a) trabajar de forma compulsiva, b) incapacidad de relajarse luego del trabajo, c) necesidad de control y de hacer las cosas a su manera, d) da mayor importancia al trabajo que a las relaciones con otros, e) no es capaz delegar o le resulta muy difícil, f) su autoevaluación está centrada en los resultados del trabajo (tareas) más que en el proceso de como esos resultados se han alcanzado. A esta lista es necesario agregar: que el trabajo para estas personas es una obsesión.

Para otros psicólogos, la adicción al trabajo es considerada como una conducta negativa (Killinger, 1993), finalmente, están quienes consideran que esta adicción puede tener consecuencias positivas y negativas en función de determinadas características de la personalidad o del nivel de compromiso con la organización, como por ejemplo Spencer & Robins (1992).

En términos generales, las adicciones están mal vistas y vienen acompañadas de juicios por parte de la sociedad y/o la familia del consumidor. Por el contrario, la adicción al trabajo suele tener refuerzos, sociales, económicos y personales, y es considerada socialmente como una “adicción limpia”. No en vano, varios autores han señalado que “en nuestra sociedad actual, de producción y consumo, una parte importante de nuestra identidad proviene de nuestra profesión y trabajo, y una gran parte de nuestro tiempo se dedica y se consume en el trabajo” (Moreno, Gálvez, Garosa & Rodríguez, 2005).

La adicción al trabajo para algunos es definida en términos de tiempo dedicado al trabajo; por ejemplo: más de lo que le es exigido por el mismo. (Machlowitz, 1980). o más de 50 horas semanales. (Mosier, 1983). Para otros el énfasis está en el carácter compulsivo de la conducta laboral, como compromiso irracional, (Cherrington, 1980), involuntaria incapacidad para romper con la compulsión a trabajar (Overbeck, 1980), impulso a trabajar más por presiones internas que por disfrute en el trabajo (Spencer & Robins, 1992), irresistible necesidad o impulso a trabajar constantemente (Salanova, 2008).

El promedio de horas laborales ha ido en aumento en las últimas décadas, a pesar de las facilidades tecnológicas que supondría menor tiempo. También la rivalidad entre empresas, y dentro de ellas mismas incluso, incentivan a una mayor dedicación y horarios irregulares para permitirles seguir en competencia. Por ello, la línea divisoria entre la vida personal y laboral se torna cada vez más difusa, permitiendo el exceso de trabajo que, en algunos casos, se puede considerar adicción (Moyer, Aziz, & Wuensch, 2017; Pan, 2018; Schaufeli et al., 2009).

El comportamiento adictivo al trabajo, inicialmente puede tener relación con refuerzos positivos, como promociones, viajes de representatividad, incentivos y aumentos (Moyer

et al., 2017), pero luego, este comportamiento ya no se produciría para conseguir la recompensa habitual, sino para evitar o huir de estímulos nocivos, es en esa situación cuando es posible hablar de adicción al trabajo, que es una adicción psicológica, comportamental, sin drogas o sin sustancias (Chóliz, 2006; Cruzado, Matos, & Kendall, 2006; Echeburúa, 1999; Fernández-Montalvo & Echeburúa, 1998; Luengo, 2004; Salas, 2014; Shaufelli, 2009; Young, 1996).

A pesar de la falta de consenso en las definiciones del adicto al trabajo, se puede determinar que se caracteriza por trabajar más duro y más horas de lo que las prescripciones de su trabajo requieren y por esforzarse más de lo que es esperado por sus superiores; descuidando, de esta forma, su vida fuera del trabajo (Del Líbano, 2006).

Otras adicciones en el trabajo: La tecnología

Son muchos los factores que influyen en el desempeño, la satisfacción laboral, la motivación y el apoyo organizacional percibido. Con el surgimiento de las redes sociales y su fácil acceso puede percibirse como una distracción, factor influyente en el desempeño laboral. Pero por otra parte puede ser percibido como una manera de mantener un balance entre lo profesional y las dimensiones personales (Gibson, Hardy y Buckley, 2014). De igual forma, según señala Igarza (2009), los tiempos de descanso en el trabajo y el uso de las redes sociales puede ayudar a balancear el estrés y lograr una mayor productividad y, asimismo, descansar y poder lograr un lapso de atención y concentración mucho más extendido.

Por otro lado, el uso continuo de los celulares y redes sociales en horas laborables puede afectar la productividad y poner el peligro información confidencial de la organización. Asimismo, la organización corre un riesgo inevitablemente al permitir el uso de las redes sociales ya que existe la posibilidad de que se filtre información confidencial de la organización. Sin embargo, se ha encontrado que el uso moderado de las redes sociales puede resultar beneficioso y útil dado a que puede crear una relación positiva entre los empleados y el desempeño laboral (Rodríguez, Madero y Valerio, 2018).

Asimismo, se encontró que los jóvenes adultos son significativamente afectados emocionalmente por el uso continuo de la red social en comparación con los adultos mayores (Hayes, Stolk y Muench, 2015). Esto demuestra que la generación de los “millennials” son los más propensos a utilizar las redes sociales en comparación con otras generaciones.

En relación con problemas psiquiátricos previos al desarrollo de adicciones a la tecnología se destacan los siguientes: depresión; trastorno de déficit de atención con hiperactividad; fobia social y hostilidad. Estos factores pueden aumentar el uso desmedido del internet y las redes sociales. Por último, aquellas personas que tienen insatisfacción personal con la vida y que carecen de afecto, tratan de llenar sus carencias con el uso desmedido del internet y las redes sociales (Echeburúa, 2012).

El Modelo de Adicción Biopsicosocial de Griffiths, establece que los primeros síntomas de la adicción tecnológica se

presentan cuando la persona desarrolla comportamientos diferentes en su vida. Algunos de los síntomas de dependencia son: aislamiento, bajo rendimiento en estudios o trabajo y atención centrada en el uso de la tecnología. Estos síntomas provocan pérdida de control, búsqueda desesperada de obtener refuerzos rápidos y sentimiento de malestar. Este comportamiento se presenta cuando el uso de la tecnología no es suficiente (García del Castillo, 2013).

Abordaje de las adicciones en el ámbito laboral (adicción al trabajo, a la tecnología y a sustancias químicas)

El Psicólogo organizacional puede usar varias herramientas para determinar la presencia de algún tipo de adicción (al trabajo, a la tecnología o a cualquier sustancia psicoactiva), comenzando por hacer una entrevista adecuada que permita encontrar factores determinantes o causales y arroje luces sobre el posible proceso terapéutico. Es tan importante el desarrollo de prevención colectiva, como el manejo individual de cada colaborador con sus condiciones particulares que ameriten atención especial.

La entrevista motivacional es uno de los enfoques para el trabajo en conductas adictivas que conlleva a la clarificación de objetivos y cumplimiento de esfuerzos, brindando información clara y precisa sobre los resultados de los hábitos autodestructivos del exceso de trabajo y para motivar la acción y mantenimiento del cambio de comportamientos (Sussman, 2012).

También suelen emplearse técnicas contextuales como el mindfulness y técnicas de comunicación efectiva para la reducción de la disonancia emocional en adicción al trabajo, sumado a ello un conjunto de actividades recreativas que funcionarían de manera preventiva (Gillet, 2017). Ensayos controlados han evidenciado que las intervenciones basadas en mindfulness de segunda generación muestran efectividad en la reducción de la sintomatología ansiosa, satisfacción laboral y compromiso en el trabajo, y componentes de la adicción al trabajo (Van Gordon, 2017).

En cuanto a las adicciones químicas, es importante hacer prevención primaria permanente al interior de las empresas basada en la educación sobre los efectos de las drogas en el organismo apuntando a evitar o retrasar el inicio del consumo. Estas campañas preventivas deben también incluir promoción de hábitos de vida saludable, control de la ansiedad y demás factores psicosociales y gestión de las emociones. Si se detectan consumos activos, se debe tratar al individuo con respeto, proporcionando los mecanismos de apoyo institucional, conectándolo con los servicios de salud para un manejo integral de la fase aguda, tanto a nivel físico, como emocional, social y psicológico. El empleado o colaborador afectado, requiere de un abordaje integral que incluye también la educación y sensibilización a los demás integrantes de la empresa, en cuanto a que rodeen al individuo y eviten juzgamientos y señalamientos que son contraproducentes para lograr una buena recuperación y reintegración a la vida social, laboral y familiar. Hay que recordar siempre que la adicción es una enfermedad individual y colectiva y que debe ser tratada como tal.

Una de las tareas del equipo liderado por el psicólogo organizacional en las empresas es desarrollar todas las estrategias de prevención con programas que permitan no solo conocer los riesgos de desarrollar el consumo sino también a impulsar políticas administrativas y gerenciales que se enfoquen en el bienestar y que puedan garantizar el balance entre la vida laboral y personal de los colaboradores.

Por último, es necesario que las empresas tengan en consideración que la movilización rápida del contexto laboral hacia un entorno remoto y virtual (como lo sucedido recientemente con la pandemia mundial o cualquier otro evento catastrófico), requiere tener planes de contingencia y emergencia establecidos que permitan proporcionar a los colaboradores unas mejores condiciones físicas, emocionales y psicológicas para aumentar y mantener el desempeño, la productividad y los resultados, sin perder el equilibrio entre la vida personal y laboral.

Garantizar el bienestar físico y emocional de los colaboradores es la base fundamental para el buen funcionamiento de las empresas y su mantenimiento en el mercado a pesar de las crisis. Es por esto por lo que, si una persona adquiere la capacidad de recuperación psicológica individual tiene una gran influencia en la capacidad de recuperación de las empresas y el tiempo que tarda la economía empresarial en recuperarse. (Xiaomeng, 2020).

CONCLUSIONES

Los psicólogos que se desempeñan en el ámbito organizacional deben tener siempre muy en cuenta las diversas herramientas de detección de las adicciones en el trabajo para identificar los diferentes problemas e implicaciones, eligiendo las estrategias más adecuadas a su contexto particular, diseñando, ejecutando y evaluando programas preventivos.

Esto se puede lograr de manera efectiva dando importancia al Ser, poniendo interés en los empleados y colaboradores, enterarse de causas, síntomas y procesos, estar en el momento oportuno, con técnicas y estrategias apropiadas para la prevención. Es recomendable que la actitud del preventólogo ante las drogas o cualquier otro tipo de adicciones no sea manifiestamente favorable al consumo ni tampoco intolerante. Es recomendable que el psicólogo, como cabeza del equipo multidisciplinario al interior de la organización, se muestre neutral, facilitando así la expresión sincera de opiniones y creencias por parte de los colaboradores.

Por eso, los preventólogos deben conocer los principales factores de riesgo y de protección para acercarse a los fundamentos de la prevención del uso indebido de sustancias. Al identificarlos, se puede ser más eficaz en la labor preventiva. Frente a un factor de riesgo, por más grave que este sea, existe un factor de protección. Los programas preventivos deberán incluirlos dependiendo del grupo específico objetivo (el grupo diana) y su situación y circunstancia.

Como preventólogos, todo esto nos lleva a seguir formándonos y capacitar formadores en prevención contando con que tenemos conocimiento y sensibilidad hacia la problemática,

manejamos con propiedad los diferentes modelos de abordaje, tenemos capacidad para diagnosticar, diseñar, investigar y evaluar, la pertinencia de cada programa destinado a los diferentes grupos de población.

Asimismo, Tenemos la capacidad de trabajar en equipo donde confluyen los diferentes especialistas participando en el desarrollo interdisciplinario y multidisciplinario. Transmitimos coherencia entre lo que pensamos y hacemos, entre la teoría que se enuncia y la puesta en práctica. No sustentamos un discurso institucionalizado y paternalista, sino que generamos esfuerzos inductivos y deductivos en el trabajo con la población meta. Proporcionamos soluciones para las decisiones de los políticos y somos capaces de sensibilizar a todos los grupos sociales a los cuales apunta la tarea llamándonosos preventólogos.

Por esto como preventólogos debemos tener en cuenta también el analizar las teorías y modelos surgidos de estudios, investigaciones y experiencias sistematizadas, sin dejar de lado los aspectos socioculturales que deben tomarse en cuenta en toda intervención.

Por último, siempre hay que recordar que las dinámicas empresariales pueden generar cargas emocionales en los individuos y a nivel colectivo, que, a su vez, se ven influenciadas desde el ámbito externo por factores socioeconómicos, culturales y familiares. Estos, pueden generar episodios de estrés físico y emocional que pudieran eventualmente desencadenar deseo de consumir sustancias psicoactivas (legales e ilegales) que conllevan el riesgo de permanecer y abusar del consumo, con las consecuentes y muy variadas respuestas tanto en la salud física como la mental y emocional.

Como consecuencia, nuestra labor fundamental es trabajar en el ámbito empresarial para promover una adecuada higiene psicoemocional, así como el desarrollo de programas preventivos en el consumo de sustancias psicoactivas y de otras adicciones no químicas. Aunque todas estas acciones requieren de una gran inversión económica, de esfuerzo, de tiempo y de personal, puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los colaboradores como individuos y como equipos de trabajo, optimizando la productividad, previniendo el ausentismo laboral y contribuyendo con el compromiso social de las empresas de ofrecer entornos laborales seguros y saludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arco, J., Fernández, A. (2002). Porque los programas de prevención no previenen. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (2):209-226, Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/337/33720201.pdf>
- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Plan Nacional Sobre Drogas, 1-309. Disponible en http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Castañeda, E. & García, J. (2011). Perspectivas actuales de la adicción al trabajo. *Psicología y Salud*, 21(1), 131-139.
- Cherrington. D. (1980). *The work ethic*. New York: AMACOM American Management Association.

- Chóliz, M. (2006). Adicción al juego de azar. Recuperado de <http://www.uv.es/choliz>
- Cruz, F. (2013). Uso de las nuevas tecnologías en los programas de prevención. Adaptación del programa "Entre Todos". Recuperada de http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2838/0577_Cruz.pdf?sequence=1
- Cruzado, L., Matos, L., & Kendall, R. (2006). Adicción a internet: perfil clínico y epidemiológico de pacientes hospitalizados en un instituto nacional de salud mental. *Revista Médica Herediana*, 17(4), 196-205. doi: 10.20453/rmh.v17i4.879.
- Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencia*, 4, 435-448.
- Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (1998). Laborodependencia: Cuando el trabajo se convierte en adicción. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 103-120.
- García del Castillo, J. (2013). Adicciones tecnológicas: el auge de las redes sociales. *Salud y drogas*, 13(1): 5-13, <http://www.redalyc.org/pdf/839/83928046001.pdf>
- Gibson, C., Hardy, J., & Buckley, M. (2014). Understanding the role of net-working in organizations. *Career Development International*, 19(2), 146-161.
- Gillet, N., Morin, A. J., Cougot, B., & Gagné, M. (2017). Workaholism profiles: Associations with determinants, correlates, and outcomes. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 90(4), 559-586. doi: 10.1111/joop.12185
- Grenard, J. Ames, S. Pentz, M. Sussman, S. (2006). Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. *Int J Adolesc Med Health*. 18: 53-67.
- Hanoch, Y. (2017). Behavioral Economics and healthy behaviors: Key concepts and current research. London: Routledge.
- Hursh, S, Galuska, C. M., Winger, G. y Woods, J. H. (2005). Economics of drug abuse: A quantitative assessment of drug demand. *Molecular Interventions*, 5, 20-28. doi: 10.1124/mi.5.1.6
- Hayes, M., Stolk-Cooke, K., & Muench, F. (2015). Understanding Facebook use and the psychological affects of use across generations.
- Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; y Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addict Behav* 27(6):951-976.
- Igarza, R. (2009). Burbujas de ocio: Nuevas formas de consumo cultural. Buenos Aires: La Crujía.
- Johnston, L.D.; O'Malley, P.M.; y Bachman, J.G. Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2002. Volume 1: Secondary School Students. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2002.
- Killinger, B. (1993). La adicción al trabajo. Barcelona: Paidós
- Kleiman, M. A. R. y Ziskind, J. (2019). Lawful access to cannabis: gains, losses and design criteria. *Journal of Illicit Economies and Development*, 1, 272-278. doi: 10.31389/jied.4.
- López, M., Vilariño, C., Linares, E., González, J. (2014). Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud*, 13(1): 5-17. <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/934/1723>
- Luengo, A. (2004). Adicción a internet: conceptualización y propuesta de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 22-52.
- Marks, I. (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. *British Journal of Addictions*, 85, 1389-1394.
- Moreno, B., Gálvez, M., Garrosa, E., & Rodríguez, R. (2005). La adicción al trabajo. *Psicología Conductual*, 13 (3), 417- 428.
- Mosier, S. (1983). Workaholics: an analysis of their stress, success and priorities. [Thesis Master]. Austin: Texas University.
- Moyer, F., Aziz, S., & Wuensch, K. (2017). From workaholism to burnout: psychological capital as a mediator. *International Journal of Workplace Health Management*, 10(3), 213-227. doi: 10.1108/IJWHM-10-2016-0074
- Murphy, J. G., Correia, C. J. y Dennhardt, A. A. (2013). Behavioral economic factors in addictive processes. En P. M. Miller. (Ed.), *Principles of Addiction* (pp. 249-257). San Diego, USA: Elsevier.
- National Institute of Drug Abuse (NIDA). (2021). La adicción debe tratarse, no castigarse. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/acerca-del-nida/blog-de-nora/2021/05/la-adiccion-debe-tratarse-no-castigarse>.
- National Institute of Drug Abuse (NIDA). (2020). Prefacio. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/prefacio> en 2021, June 7
- Oates, W. (1971). Confessions of a Workaholic: The factors about work addiction. New York: World.
- Oficina De Naciones Unidas Contra el Delito y la Droga(UNODC)(2010). La prevención en las manos de los y las jóvenes. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO031052010- prevencion_manos_jovenes.pdf
- Oficina De Naciones Unidas Contra el Delito y la Droga (UNODC) (2015). Informe Mundial sobre las drogas. Oficina De Naciones Unidas Contra el Delito y la Droga. Disponible en http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/june/20150626_wd_r
- Overbeck, T. (1980). The workaholic. *Psychology Santa Clara*.
- Pan, S. Y. (2018). Do workaholic hotel supervisors provide family supportive supervision? A role identity perspective. *International Journal of Hospitality Management*, 68, 59-67. doi: 10.1016/j.ijhm.2017.09.013
- Porras, N. (2013). Inserción laboral y salud mental: una reflexión desde la psicología del trabajo. *Tesis Psicológica*, (8), 98-117.
- Porras, N. (2015). La responsabilidad social empresarial e inserción laboral del enfermo mental. En Sonia Cogollo. *Responsabilidad social Perspectivas para la acción en Colombia* (pp. 88-105). Medellín: FUNLAM.
- Porras, N. (2017). Violencia psicológica en el trabajo: aproximaciones desde la perspectiva psicosocial. *Integración Académica en Psicología*. 5 (13), 20-27.
- Quintero, B.; Ortega, J. A. & Fuentes, J. A. (2014). Eficacia

- y Eficiencia del Programa de Prevención Escolar y Familiar "Entre Todos" de la Asociación Proyecto Hombre. *Didasc@lia: Didáctica y Educación*, 5 (3), 1-16.
- Red Iberoamericana de ONG que trabajan con Drogas Adicciones, (2019). Prevención y reducción de riesgos asociados al consumo de drogas y las adicciones entre la población Joven. https://riod.org/wp-content/uploads/2019/12/guia_prevencion_y_reduccion_riesgos_en_jovenes_riod1.pdf.
- Robinson, B. (1997). Work addiction: implications for EAP counseling and research. *Employee Assistance Quarterly*. 12:1-13.
- Rodríguez, L., Madero, S. & Valerio G. (2018). Perceptions about the usefulness of online social networks in the workplace. *Estudios Gerenciales. Journal of management and economic for Iberoamerica* 34 (14a). 149-157. DOI: <https://doi.org/10.18046/j.estger.2018.147.2580>.
- Salanova, M., Del Líbano, M., Llorens, S., Schaufeli, W. & Fidalgo, M. (2008). La adicción al trabajo. Nota Técnica de Prevención, 759, 22.^a Serie. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Salas, E. (2014). Adicciones psicológicas y los nuevos problemas de salud. *Cultura* 28, 111-146.
- Salas, E., & Copez, A. (2018). ¡Necesito seguir trabajando! Una revisión conceptual sobre la adicción al trabajo. *Cultura*. 32, 331-352. <https://doi.org/10.24265/cultura.2018.v32.15>
- Schaufeli, WB, Taris, T, Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, Burnout and work engagement: Three of a kind or three different kind of employee well-being? *Applied Psychology*. 57(2):173-203.
- Schaufeli, W. B., Shimazu, A., & Taris, T. W. (2009). Being driven to work excessively hard: the evaluation of a two-Factor measure of workaholism in The Netherlands and Japan. *Cross-Cult. Res.* 43(4), 320-348. doi: 10.1177/1069397109337239
- Spencer, J. y Robinson, A. (1992). Workaholism: Definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assessment*, 58 (1), 160-178.
- Sussman, S. (2012). Workaholism: A Review. *Journal of Addiction Research & Therapy, Suppl* 6(1), 4120. Recuperado de <http://doi.org/10.4172/2155-6105.S6-001>
- Tait, RJ, Hulse GK.(2020). A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. University of York. Centre of Reviews and Dissemination (CRD). Database of Abstracts of Review of Effects (DARE). Disponible en: www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?View=Full&ID=12003008594.
- Toumbourou, JW, Stockwell, T, Neighbors, C, Marlatt GA, Sturge J, Rhem, J.(2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. 369: 1391-1401.
- Van Gordon, W., Shonin, E., Dunn, T. J., Garcia-Campayo, J., Demarzo, M. M., & Griffiths, M. D. (2017). Meditation awareness training for the treatment of workaholism: A controlled trial. *Journal of behavioral addictions*, 6(2), 212-220. doi: 10.1556/2006.6.2017.021.
- Vasilaki, EI, Hosier, SG, Cox, WM. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief interventions for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol*. 41:328-335.
- Xiaomeng, Z. (2020). Psychological Resilience Before and After Work Resumption during COVID-19. Recuperado en: [https://bit.ly/2Z5N9ISSalazar J., Guerrero J., Machado Y., y Cañedo R., \(2009\). Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral. Revista ACIMED. v.20 n.4](https://bit.ly/2Z5N9ISSalazar J., Guerrero J., Machado Y., y Cañedo R., (2009). Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral. Revista ACIMED. v.20 n.4)
- Young, K. (1996). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyber Psychology and Behavior*, 1(3), 237-244.

Muerte, Vida, Salud y Enfermedad en tiempo de COVID-19. Estudio comparativo entre creencias de supremacía absoluta de académicos de la UNAM y población en general

Death, Life, Health and Illness in the time of COVID-19. Comparative study between
absolute supremacy beliefs of UNAM academics and the general population

JESÚS SILVA BAUTISTA*, VENAZIR HERRERA ESCOBAR,
RODOLFO CORONA MIRANDA, LEONEL ROMERO URIBE,
JUAN MARTÍNEZ BERRIOZÁBAL, TOMÁS PINELO ÁVILA

RESUMEN: Pensar en la muerte, la vida, la salud y la enfermedad como parte del desarrollo vital e inevitable del ser humano, trasciende más allá de un hecho biológico, pues trae consigo importantes repercusiones desde el punto de vista psicológico, médico, moral, social, filosófico y religioso; por ello, desde la Psicología social el presente trabajo propone un estudio sobre creencias hacia la vida, la muerte, la salud, la enfermedad y el COVID-19 presentes en académicos de la UNAM y población en general. La investigación es de tipo correlacional de campo, transversal, con un diseño *ex post facto*. Se consideró una muestra de 610 personas de la población en general y una muestra de 610 académicos de la UNAM. Para medir las creencias de las muestras se utilizó un instrumento que fue sometido a sus respectivas pruebas de confiabilidad y validez, constituido por 60 reactivos con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos y un valor de coeficiente $\alpha = .902$. Los resultados obtenidos a través de la correlación de Pearson indican la inexistencia de conflictos entre las creencias religiosas y científicas hacia estos fenómenos, marcando así una independencia entre ellas. En cuanto a los resultados de las pruebas *t* de Student y análisis de varianza (ANOVA) indican que estas creencias van a estar sujetas a particularidades de los sujetos tales la escolaridad y formación profesional.

Palabras clave: creencia; escolaridad; formación profesional; comportamiento.

ABSTRACT: Thinking about death, life, health and illness as part of the vital and inevitable development of the human being, transcends beyond a biological fact, since it brings with it important repercussions from the psychological, medical, moral, social, philosophical and religious; For this reason, from Social Psychology, this work proposes a study on beliefs towards life, death, health, illness and COVID-19 present in UNAM academics and the general population. The research is cross-sectional, field correlational, with an *ex post facto* design. A sample of 610 people from the general population and a sample of 610 UNAM academics were considered. To measure the beliefs of the samples, an instrument was used that was subjected to their respective reliability and validity tests, consisting of 60 items with a 5-point Likert-type response scale and a coefficient value $\alpha = .902$. The results obtained through Pearson's correlation indicate the absence of conflicts between religious and scientific beliefs towards these phenomena, thus marking an independence between them. Regarding the results of the Student's *t* tests and analysis of variance (ANOVA), they indicate that these beliefs will be subject to particularities of the subjects such as schooling and professional training.

Keywords: belief; scholarship; vocational training; behavior.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, el ser humano ha sido víctima de graves infecciones y pandemias que han provocado la muerte de miles de personas. Las más devastadoras son siempre aquellas que surgen a partir de brotes provocados por nuevos microorganismos que afectan a un amplio segmento de la población (Balkhair, 2020; Escudero, *et al.*, 2020; Taylor, 2021). Una nueva pandemia de origen viral cambió el curso de vida de la humanidad (Elizalde-González, 2020). La enfermedad por COVID-19 apareció como una de las pandemias más graves y enfermedades fatales en la historia (Jose *et al.*, 2021). De acuerdo con Escudero *et al.*, (2020, p. 171):

el 31 de diciembre de 2019, el Ministerio de Salud de China informó a la OMS sobre 41 pacientes con «neumonía atípica grave», la mayoría de ellos relacionados con el mercado de comida de mariscos y animales exóticos en la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei en China. Este fue el inicio de lo que ahora es una de las pandemias más devastadoras de los últimos tiempos.

La OMS, llamó a esta enfermedad COVID-19 (COronaVirus Disease 2019) el 11 de febrero de 2020 por el tipo de virus y el año de aparición. El COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2). La causa de esta enfermedad infecciosa se identificó como un virus natural de origen animal con potencial de contagio. Se transmite principalmente de humano a humano por contacto mediante secreciones respiratorias y en ocasiones también por aerosoles, o bien, por tocar una superficie u objeto que tenga el virus y posteriormente manipular la boca, la nariz o los ojos. Su índice de contagio fue alto, lo que hizo que una persona infectada pudiera contagiar de dos a cinco personas, con lo cual se explicó su crecimiento exponencial. El efecto del COVID-19 puede variar de una persona a otra y puede ser de leve a moderado con un período de incubación de 6 a 41 días (mediana de 14 días). Sus características son variadas, desde estados asintomáticos hasta estados respiratorios agudos. Los primeros síntomas son fiebre, tos, fatiga y dificultad para respirar; en algunos casos la evolución deriva en enfermedades graves, como insuficiencia respiratoria aguda, neumonía y falla renal, y se llega a producir la muerte (Balkhair, 2020; Cielo, Ulberg & Di Giacomo, 2021; Elizalde- González, 2020; Enríquez y Sáenz, 2021; Escudero *et al.*, 2020; Fayyaz *et al.*, 2021; Martínez, Torres y Orozco, 2020).

En su momento, ante la ausencia de una vacuna, las medidas de higiene y el distanciamiento social fueron las medidas de prevención más importantes para contener la pandemia. El uso adecuado de mascarillas, el lavado correcto y frecuente de manos, así como el uso de gel antiséptico fueron importantes. El distanciamiento social disminuyó el contacto y, por lo tanto, la transmisión. Esta medida se aplicó en los niveles individual, familiar y comunitario con la limitación en la asistencia laboral, en transporte o mediante el cierre de lugares de consumo y áreas públicas (Escudero *et al.*, 2020).

Desde los primeros casos reportados en Wuhan, China, la expansión local y finalmente mundial llegó rápidamente a

niveles alarmantes. La enfermedad por COVID-19 afectó a más de 190 países en todos los continentes del mundo. La velocidad de crecimiento y magnitud del impacto dependió de múltiples variables como lo fueron la edad promedio en la población afectada, prevalencia de factores de riesgo, aspectos raciales, sociales y climáticos, pero sobre todo de los sistemas de salud de cada país y de las diversas estrategias para la aplicación de medidas de detección y prevención. Sin duda alguna, se trató de un fenómeno epidemiológico y de salud sin precedentes para este siglo y las consecuencias sanitarias, educativas, políticas, sociales y económicas permanecerán por mucho tiempo (Enríquez y Sáenz, 2021; Escudero *et al.*, 2020; Martínez, Torres y Orozco, 2020).

De acuerdo con Serrano-Cumplido *et al.*, (2020) se debe ser consciente de que se desconoce cuál será la evolución futura de esta enfermedad, si se presentará un rebrote tras la laxitud en las medidas de autoprotección, si habrá nuevos brotes estacionales, o si simplemente, la infección desaparecerá a la espera de que un nuevo virus o alguna nueva mutación del mismo, origine una nueva pandemia.

La contingencia sanitaria provocada por el coronavirus SARS-CoV-2 ha sacudido a la humanidad en su totalidad, a tal grado que parece haber puesto al ser humano ante una situación límite, no sólo por los altos niveles de mortandad que a su paso va dejando, sino porque la dimensión de la pandemia representa un recordatorio de la condición de fragilidad, ya no como individuos, condición siempre presente, sino como especie (Benítez, 2020). Para las Naciones Unidas (2020) aunque la crisis provocada por el COVID-19 fue, en primer lugar, una crisis de salud física, envuelve también el germen de una importante crisis de salud mental. Ésta se ha visto gravemente afectada, debido a que, las dificultades emocionales, los trastornos mentales, el estrés, la angustia e incertidumbre psicológica se extendieron entre las diversas sociedades. Muchas personas no sólo presentaron incertidumbre por los efectos inmediatos del virus sobre la salud, por el miedo a infectarse, morir y perder a familiares, las turbulencias económicas, o bien, por los rumores frecuentes sobre el virus, sino también por el futuro que les deparaba; en consecuencia, el COVID-19 ha estado vinculado a la necesidad de cambios en el estilo de vida habitual y este comportamiento está estrechamente ligado a cogniciones, emociones y factores sociales y culturales (Cielo, Ulberg & Di Giacomo, 2021; Hernández, Vargas y Tello, 2021; Ruiz-Aquino, Díaz-Lazo y Ortiz-Aguí, 2020; Urzúa *et al.*, 2020; World Health Organization, 2022).

Ante la crisis de salud mental ocasionada por la pandemia de COVID-19, si bien es cierto que, comprender cómo las personas adquieren y usan el conocimiento sobre esta enfermedad es de vital importancia para contener su propagación (Vitriol & Marsh, 2021), Taylor (2021) señala que en términos generales las pandemias son en gran medida, fenómenos psicológicos en los que las creencias y los comportamientos influyen en la propagación frente a la contención de la infección.

En este sentido, cabe señalar que el ser humano es un ser integral que se desenvuelve dentro de un contexto; en él influye un sinnúmero de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, que obedecen a su ubicación temporal

(momento histórico) y espacial (lugar donde habita); es una totalidad imposible de separar en sus dimensiones (Alonso y Escorcia, 2003); sin embargo, para efectos de comprender y analizar fenómenos tan complejos, como lo es la enfermedad por COVID-19, se hace necesario enfatizar en el estudio de una de las dimensiones que lo constituyen: la psicológica. Dentro de los procesos psicológicos, específicamente los procesos psicosociales bajo los cuales el ser humano organiza, explica y controla su entorno se encuentran las creencias, como ya se ha mencionado.

Las creencias de acuerdo con Fishbein y Ajzen (1975, p. 131):

se refieren a los juicios de una persona de probabilidad subjetiva sobre algún aspecto discriminable de su mundo; que se ocupan de la comprensión de la persona misma y de su entorno. En concreto, se ha definido la creencia como la probabilidad subjetiva de la relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, valor, concepto o atributo. Esta definición implica que la formación de la creencia involucra el establecimiento de un vínculo entre dos aspectos cualesquiera del mundo del individuo.

Creer en algo, y el aceptar, por tanto, que ese algo forma parte del mundo real, constituye la disposición de las personas a actuar de manera coherente con la existencia real de lo que es creído (Villoro, 1996); sin embargo, el hecho de que el creer se pueda entender en términos disposicionales, no implica que todas sus creencias se vean reflejadas en acciones; lo anterior significa más bien que, toda creencia va acompañada de la disposición a actuar de manera coherente con ella si fuera preciso emprender alguna acción.

A modo de ejemplo, en el caso de la pandemia por COVID-19, Lee, Kang y You (2021) señalan que para que las personas realicen comportamientos de precaución después de adquirir información respecto a las medidas preventivas para no enfermarse, entonces necesitan creer que tales prácticas serán efectivas. De tal manera que las personas necesitan creer que lavar las manos evitará o por lo menos, disminuirá la probabilidad de infección, más allá de solo tener la información, así la creencia ayuda a ejecutar y sostener dicha conducta.

Una de las características más representativas de las creencias, es que son manifestaciones específicas que las personas consideran como ciertas, que aluden a asuntos más específicos sobre los que se emite un juicio acerca de su verdad o falsedad (Fernández y Basabe, 2007). En el ser humano existe un conjunto de creencias esenciales que tiene sobre sí mismo, el mundo y los otros. Son creencias que se basan en la experiencia emocional y a las cuales se adhiere fuertemente, hasta el punto de que las mantiene incluso ante evidencias en contra (Páez, Morales y Fernández, 2007).

De acuerdo con Fanon (1963) algunas veces el ser humano tiene una creencia fundamental muy fuerte. Cuando se presenta evidencia que contradice esa creencia, la nueva evidencia no puede ser aceptada. Esto, crea un sentimiento profundamente incómodo llamado disonancia cognitiva. Y por el hecho de ser tan importante para él, protegerá la creencia

fundamental, racionalizará, ignorará e incluso negará cualquier cosa que no se ajuste a la creencia fundamental.

Al exponer que las creencias representan verdades personales derivadas de la experiencia o fantasía, con un fuerte componente evaluativo y afectivo, Pepitone (1991) propone cuatro funciones básicas de las mismas. La primera función alude a una parte emocional, las creencias sirven directamente para manejar las emociones; la segunda función posee un carácter cognitivo, donde éstas dan estructura cognoscitiva, la cual proporciona un sentimiento de control sobre la vida; la tercera refiere a un sentido de la moral, aquí las creencias funcionan para regular la distribución de la responsabilidad moral entre la persona y el grupo; y por último, la función de grupo, donde las creencias promueven la solidaridad del grupo al darle a las personas una identidad común. Sobre esta última función, Pajares (1992) agrega que éstas proporcionan elementos de la estructura de los valores, el orden, la dirección y valores compartidos, razón por la cual, adquieren dimensiones emocionales y se resisten al cambio.

Ahora bien, dentro del amplio abanico de creencias que conforman el pensamiento y dan pauta al comportamiento humano, de acuerdo con Pepitone (1991) se pueden reconocer al menos cuatro grandes categorías: natural- material (científicas, sociales e históricas), sobrenatural (religiosas y seculares), psicológico y moral. Estas creencias se clasifican de acuerdo a sus propiedades conceptuales, basándose tanto en la observación común como en la intuición. Empero, en ocasiones “las clasificaciones de las creencias no siempre son puras; los observadores objetivos no siempre pueden determinar si los referentes de una determinada creencia son o no materiales. Sin embargo, es útil hacer la diferenciación entre categorías naturales y sobrenaturales” (pág. 64).

Al respecto de esta clasificación, a lo largo de la pandemia por COVID-19, de acuerdo con Van Bavel *et al.*, (2020) las personas no sólo adquirieron, sino que también reforzaron una serie de creencias sobre el origen del virus, la existencia o no de la enfermedad en sí misma, las medidas preventivas, las vacunas, etc., ante lo cual, muchas de esas creencias generaron una vasta gama de teorías de conspiración y las cuales llegaron a tener consecuencias perjudiciales para la salud. Por ejemplo, la creencia secular en teorías de conspiración principalmente sobre el origen del virus SARS-CoV-2, la propagación de la enfermedad y la finalidad de las vacunas puede generar que las personas no sigan las medidas de seguridad implementadas por el sector salud. De tal manera que, quienes creen en los remedios, medicina o terapias alternativas (infusiones de tés, ingesta de cloro, numerología, reiki, acupuntura, flores de Bach, homeopatía, etc.) optan por alternativas menos efectivas (en el mejor de los casos) o letales (en el peor). Asimismo, las creencias seculares conspirativas también pueden alimentar la hostilidad hacia los grupos considerados responsables del virus. En tales casos, la información verídica sobre cualquier asunto de la enfermedad por COVID-19 es inservible, debido a que muchas personas tienden a consumir información dentro de “cámaras de eco” de ideas afines, lo que hace que se refuercen sus creencias. Lo mismo ocurre con las creencias religiosas donde se asume que esta enfermedad

es un castigo otorgado por Dios ante los pecados de la humanidad, por ello, solo Él tiene en sus manos la salvación ante la misma.

En estos casos, de acuerdo con Yarritu, Matute y Luque (2015), las creencias pueden eventualmente conducir a beneficios relacionados con el bienestar psicológico; no obstante, también existen casos en los que sus costos colaterales pueden generar graves consecuencias negativas. Así, una persona que desarrolla la creencia de que un tratamiento pseudocientífico produce la recuperación de una enfermedad que padece, puede llegar a subestimar la efectividad de un tratamiento médico que realmente funciona y, en consecuencia, sufrir las implicaciones derivadas de esta acción.

La sensación de control que estas creencias generan con respecto a los tratamientos ante una enfermedad, puede estar relacionada con otro tipo de creencias básicas. De acuerdo con Páez, Morales y Fernández (2007, p. 197) el contenido de las creencias básicas del ser humano “gira en torno a tres categorías primarias: creencias sobre la benevolencia, creencias sobre el sentido del mundo, el control, el azar y la justicia y creencias sobre la dignidad de uno mismo”.

Con respecto a las creencias hacia el sentido del mundo, Janoff-Bulman (como se citó en, Páez, Morales y Fernández, 2007, p. 200) señala tres áreas:

- Las creencias en el control del mundo, que consisten en la sobrevaloración que las personas hacen de su capacidad de control.
- Las creencias sobre el azar, que afirman que las cosas no ocurren por azar.
- Las creencias sobre la justicia, según las cuales las personas reciben lo que se merecen, y merecen lo que les ocurre, en otras palabras, que lo que les ocurre es justo.

En general, estas creencias aluden al sentido del mundo y al hecho de que el ser humano cree que el mundo tiene un propósito, donde existe un orden y predictibilidad, por ende, se puede entender y comprender (Páez, Morales y Fernández, 2007).

Las personas con altas creencias hacia el sentido del mundo, específicamente sobre las de control, se esfuerzan más y buscan soluciones más directas, ante lo cual se espera que tengan más éxito en sus objetivos. Empero, si los comportamientos diseñados para cambiar la situación no siempre son adaptativos, entonces las creencias de control que presumiblemente dan lugar a tales comportamientos tampoco lo son siempre (Zuckerman *et al.*, 2004). Este tipo de creencias, actúa como expectativas de que un evento o un resultado en un futuro cercano o lejano ocurrirá como consecuencia del comportamiento o estado mental de uno mismo (Lang, 2015), no obstante, para Rotter (1975) muchas personas creen que pueden tener más control del que la realidad garantiza y pueden estar sujetas en el futuro (o pueden haber estado ya sujetas) a un fuerte trauma cuando descubren que no puede controlar cosas tales como accidentes automovilísticos, fallas corporativas, enfermedades, etc.

Las creencias al jugar un rol adaptativo, facilitan a las personas su definición del mundo y de sí mismos (Pajares, 1992). Por ello, en el caso de la pandemia por COVID-19, Vitriol y Marsh (2021) indican que las personas pueden estar o no dispuestas a tomar medidas para protegerse a sí mismas y a los demás de los efectos de esta crisis de salud pública, debido a la creencia de control sobre la información de consenso de esta enfermedad, ya sea que dicha información provenga de uno mismo, del conocimiento científico o de las percepciones y opiniones que la misma sociedad genera. Así, las creencias de control resultan ser predictores consecuentes de los comportamientos de expansión o mitigación de esta enfermedad.

Las creencias de esta índole donde se cree tener el sentido, control y predicción sobre los fenómenos de la realidad aluden constantemente al empoderamiento del ser humano por sobre la naturaleza, la cual compone una visión del mundo de supremacía legítima, llevándolo a creerse como una entidad distinguida y superior a todas las formas de vida con el poder de manipularlas a su conveniencia, todo ello como parte de un sistema de creencias de supremacía humana que se manifiesta en una serie de suposiciones antropocéntricas típicas cuyo impacto ha alterado la configuración natural del mundo (Crist, 2018; Yarritu, Matute & Luque, 2015). En tal condición, Benítez (2020, p.118) menciona que:

la centralidad de lo humano y su elevación por encima del resto de los seres vivos, son elementos que han sido vistos simultáneamente como superación y superioridad respecto de la naturaleza, pero que también constituyen uno de los pilares sobre los que se ha construido el proyecto civilizatorio moderno, y por lo tanto representan el cimiento de la vida cotidiana de un importante número de personas alrededor del mundo.

De esta manera, el ser humano busca la transformación de su entorno a toda costa, teniendo como consecuencia una serie de pensamientos y creencias de supremacía, dominación y egoísmo, que en muchas ocasiones busca la satisfacción personal por encima de los demás (García, 2009).

Las creencias de supremacía humana pueden tener un propósito legitimador para justificar las relaciones jerárquicas entre humanos (Dhont & Hodson, 2014; Leite & Dhont, 2018), de tal manera que, quienes las posean no sólo piensan muy bien de sus propias creencias, sino que piensan que esas creencias son superiores a otros puntos de vista sobre un tema en específico. Este tipo de creencias son una parte de la cognición humana que no se limita a un solo tema, fenómeno o hecho de la realidad (Hall & Raimib, 2018). Y en algunas ocasiones están asociadas con actitudes negativas generales hacia el objeto, tema o fenómeno de dicha creencia (Kteily, Ho & Sidanius, 2012; Meeusen y Dhont, 2015).

Ahora bien, en un futuro incierto y permeado por las consecuencias de la pandemia generada por el virus SARS-COV-2, Bernacer *et al.*, (2021) menciona que ante circunstancias extraordinarias como crisis, emergencias o desastres naturales se puede sacudir el suelo en el que están

arraigadas las creencias de las personas, provocando un desequilibrio cognitivo que se aborda ordinariamente a través de ajustes psicológicos destinados a restaurar su significado (comprensión del contexto y el entorno), su seguridad (recuperación de cierto sentido de control sobre las propias circunstancias) y su sentido de pertenencia (una imagen positiva de uno mismo y de la misma sociedad).

La incertidumbre que trajo consigo la expansión del COVID-19 generó en diferentes sociedades un desequilibrio psicológico sobre las creencias hacia temas relacionados con dicha enfermedad, donde muchas personas llegaron a cuestionar el valor y sentido de su existencia, aludiendo en ocasiones a temas tan importantes como la vida y la muerte, tratando hasta hoy en día de ajustarse a las nuevas condiciones de vida.

Pensar en la muerte, la vida, la salud y la enfermedad como parte del desarrollo vital e inevitable del ser humano, trasciende más allá de un hecho biológico, pues trae consigo importantes repercusiones desde el punto de vista psicológico, médico, moral, social, filosófico y religioso. El complejo carácter de estos fenómenos y los sufrimientos que a veces los preceden, han impresionado fuertemente a las personas de todas las épocas (Walker, 1985; Giraldo, 1987). De tal modo que, al remitirse al pensamiento psicológico del ser humano, se encuentra que diversos son los procesos que lo llevan a evaluar de determinada manera estos acontecimientos, si bien, sus emociones, actitudes, motivaciones, pensamientos o creencias influyen, también es de vital importancia la influencia de los determinantes sociales y marcos de referencia tan variados tales como la cultura, personalidad, filosofía de vida, orientación religiosa, edad, sexo, nivel socioeconómico o escolaridad (Angarita y De Castro, 2002; Craig, 1997).

Ante el contexto actual de la pandemia por COVID-19, resulta complejo el establecer con certeza cuáles son los determinantes sociales más importantes en su transmisión y mortalidad. Es conveniente señalar que, éstos afectan el riesgo de infección por SARS-CoV-2 porque las acciones necesarias para reducir la exposición al virus dependen de ellos (Otero, 2020). En este punto, la respuesta emitida por las personas y las sociedades en general ante los problemas económicos, laborales, educativos o de salud, o bien, ante cuestiones de incertidumbre sobre la vulnerabilidad del ser humano ante la vida y la muerte que trajo consigo esta enfermedad, está asociada con determinantes no solo sociales sino también cognitivos. Por ejemplo, las creencias de supremacía de tipo natural-material (científicas) o sobrenaturales (religiosas-seculares) hacia el COVID-19, que actúan como un determinante cognitivo, pueden estar asociadas al determinante social de la escolaridad. Esta relación entre creencias y escolaridad se ha estudiado en los últimos años en la predicción de comportamiento, específicamente la influencia de la educación formal sobre el descenso de las creencias religiosas hacia la vida después de muerte, el origen de la vida y la existencia del alma.

En países como España, Inglaterra y Estados Unidos (Gervais & Norenzayan, 2012; Larson y Witham, 1998; Leuba, 1921; Leuba, 1914/1933, como se citó en, Nature, 2005; Pérez-Agote y Santiago, 2005; Zuckerman *et al.*, 2013) existen una serie de investigaciones que se han dedicado a poner a prueba la

hipótesis de que la educación formal, el procesamiento analítico o el IQ pueden ser factores determinantes en la disminución de creencias religiosas ante determinado fenómeno.

De acuerdo con Zuckerman *et al.*, (2013), la correlación entre creencias religiosas y educación formal no significa causalidad; sin embargo, los autores plantean que las personas inteligentes o con determinados estudios tienen menos necesidad de creencias y prácticas religiosas (Lewis, Stuart & Bates, 2011; Zuckerman *et al.*, 2013).

En términos generales, los resultados de dichas investigaciones, indican que la educación es un factor que crece en dirección opuesta a la creencia sobrenatural (religiosa-secular), lo cual parte de la premisa de que las personas con altos estudios académicos tienden a hacer frente a las incertidumbres de la vida sobre una base racional- crítico-empírica (Gervais y Norenzayan, 2012) a diferencia de quienes no los tienen. De esta manera se esperaría que las personas con una mayor preparación profesional, que cuenten con una escolaridad formal o con un alto grado académico mantengan creencias de supremacía de tipo natural- material (científicas) relacionadas con el COVID-19 y no creencias de supremacía de tipo sobrenaturales (religiosas-seculares) a diferencia de las personas que no cuentan con estas condiciones. Al respecto, Gómez, Jiménez-Pernett y Leralta (2020) mencionan que el sistema educativo juega un papel clave en el proceso de alfabetización en salud; por ello, la educación es una importante fuente de recursos sociales y psicológicos que influye en el estado de salud del ser humano y en la adopción de estilos de vida saludables. Así, las personas que cuentan con un mayor nivel educativo tienden a preferir hábitos más saludables y a evitar los insalubres.

Como se observa, las creencias no solo son las responsables de la identidad de las personas, sino también de todo lo que piensa y hace (Pajares, 1992; Rodríguez, 1993). Por ello, el objetivo de la presente investigación radica en el conocer las creencias de supremacía absoluta respecto a la muerte, la vida, la salud y la enfermedad latentes en académicos de la UNAM y población en general en tiempos de pandemia por COVID-19. Y aunado a ello, conocer si la escolaridad y formación profesional son variables que se encuentran relacionadas con las mismas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes. Académicos

Se eligió una muestra de tipo no probabilística intencional integrada por 610 académicos UNAM, de los cuales el 42.5% son hombres y 57.5% son mujeres; el 56.1% son solteros mientras que el 43.9% son casados. En cuanto a la edad el 33.8% se coloca entre los 25 a 39 años, el 29.8% entre los 40 a 49 años, 22.8% tiene de 50 a 59 años y el 13.6% tiene una edad de 60 años en adelante. De la muestra, el 57.2% tiene solo licenciatura, el 27% cuenta con una maestría y finalmente, 15.7% cuenta con el grado académico de doctorado. Asimismo, 23.4% pertenece al Área 1. Ciencias Físico - Matemáticas y de las Ingenierías, un 38.4% al Área 2. Ciencias Biológicas y de la Salud, el 27.7% es del Área 3. Ciencias Sociales, mientras que el 10.5% de desenvuelve en el Área 4. Artes y Humanidades.

Con respecto a la religión, 42% son católicos, 20.2% cristianos, 11.5% predicen una religión diferente y el 26.4% indican ser ateos. Sobre la pérdida de algún familiar a consecuencia de la pandemia por COVID-19, el 47.5% señaló el no haber sufrido dicha pérdida, mientras que el 52.5% de la muestra indica si haberla tenido. Por último, en cuanto a salarios mínimos, el 16.6% percibe de 1 a 3, 34.9% de 4 a 6, un 32.1% de 7 a 9 y el 16.4% más de 10 salarios mínimos.

Participantes. Población en general

La muestra fue no probabilística de 610 habitantes de la población en general de los cuales el 47.2% son hombres y el 52.8% mujeres. El 7.4% tiene escolaridad básica, 26.4% media superior, 61.8% escolaridad superior y, finalmente, el 4.4% cuenta con un posgrado. Con respecto a la religión que predicen, el 57.9% es católico, 9.7% cristiano, un 9.2% práctica una religión diferente a las anteriores y, el 23.3% declaró no practicar alguna religión. En cuanto a su estado civil, el 59.5% son solteros, mientras que el 40.5% son casados. Del total de la muestra, el 57% percibe de 1 a 3 salarios mínimos, 23.3% de 4 a 6 salarios mínimos, un 12.6% de 7 a 9 salarios mínimos y, el 7% percibe más de 10 salarios mínimos. Con respecto a la edad, el 39.7% se encuentra en un rango entre 18 y 29 años, 14.3% entre 30 y 39 años, 15.6% de 40 a 49 años, 12.3% entre 50 y 59 años y, 18.2% de 60 años en adelante. Finalmente, de la muestra el 42.6% perdió algún familiar a causa de la pandemia por COVID-19, mientras que el 57.4% no padeció de ello.

Hipótesis de investigación

Las creencias de supremacía absoluta hacia la vida, la muerte, la salud y la enfermedad presentes en académicos de la UNAM y población en general son de tipo científicas, religiosas y seculares. Y existe una relación de interdependencia entre ellas.

Instrumento de medición

El instrumento que se utilizó para medir las creencias de supremacía se encuentra distribuido en seis factores que representan los tipos de creencias de supremacía hacia los fenómenos de la muerte, la vida, la salud, la enfermedad y el COVID-19. Se encuentra constituido por 60 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert de cinco intervalos (1= *Totalmente en desacuerdo*, 2= *En desacuerdo*, 3= *Ni de acuerdo, ni en desacuerdo*, 4= *De acuerdo*, 5= *Totalmente de acuerdo*). La confiabilidad del instrumento presenta un valor del coeficiente Alpha de Cronbach de .902 y los seis factores en su conjunto explican el 50.881% de la varianza total de la escala.

Procedimiento

La escala de creencias fue aplicada a las muestras seleccionadas a través de medios digitales y de manera presencial. En el caso de los medios digitales se hizo uso de redes sociales tales como Formularios Google, correo electrónico y WhatsApp. Por otra parte, para la aplicación

presencial se visitó parques, centros recreativos, áreas comunes, así como diferentes instituciones educativas y de investigación ubicadas en diversas zonas del Estado de México, Ciudad de México y Tlaxcala.

En ambos medios de aplicación, a los académicos y a la muestra de la población en general se les explicó el objetivo, las características, condiciones del estudio y la confidencialidad de la información brindada, en caso de aceptar ser partícipe.

La aplicación del instrumento a las dos muestras de estudio se llevó a cabo en un periodo aproximado de siete semanas, una vez recolectada la información necesaria se procedió al análisis de los datos obtenidos.

Análisis de datos

Para realizar las pruebas estadísticas correspondientes se utilizó el Paquete Estadístico SPSS-Versión 21.

RESULTADOS

Propiedades psicométricas del instrumento

El análisis descriptivo de los resultados de la puntuación en cada reactivo que conforman la escala indica la distribución de las respuestas a través de la media cuyo valor es de 166.32, la varianza situada en 813.495 y una desviación estándar de 28.522 con 60 elementos analizados.

Por su parte, los valores del índice de discriminación (correlación reactivo-total) que reflejan el grado de homogeneidad de los reactivos que componen la escala están comprendidos entre .086 (reactivo 54) y .599 (reactivo 29). A través de este estadístico no se eliminaron elementos, debido a que, el valor del 'Alfa si se elimina el elemento' no afectó el valor del coeficiente obtenido previamente $\alpha = .902$, valor que indica una consistencia interna entre los reactivos que conforman el instrumento (Ver, Tabla 1).

Ahora bien, con el fin de encontrar el número mínimo de factores homogéneos capaces de explicar el máximo de información contenida en los datos, a la escala de creencias de supremacía se le aplicó el test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el Test de Esfericidad de Bartlett para conocer si estos valores indican un diagnóstico positivo.

A través de estas pruebas estadísticas se encontró que la medida de adecuación muestral KMO obtuvo un valor igual a 0.951, mientras que la prueba de Esfericidad de Bartlett arrojó un valor aproximado para 1770 gl de $c^2 = 36658.481$ con una $p = .000$; estos valores indican que se cumplen satisfactoriamente las condiciones para utilizar el análisis factorial de componentes principales.

A través del análisis factorial exploratorio se obtuvieron los siguientes resultados. En cuanto al valor de la comunalidad de cada reactivo se eliminaron aquellos que se encontraron por debajo de 0.35 por lo que se extrajeron los reactivos 7, 16, 54, 12 y 15 de la escala. Por medio del método de rotación de normalización Varimax con normalización Kaiser que convergió

TABLA 1. Media, desviación estándar y estadística de relación reactivo – total en el instrumento de creencias de supremacía absoluta.

Reactivo	Media	DE	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	Reactivo	Media	DE	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	3.71	1.291	.103	.903	31	2.25	1.248	.589	.898
2	2.71	1.363	.483	.899	32	2.43	1.364	.542	.899
3	3.48	1.315	.225	.902	33	2.25	1.251	.568	.898
4	3.16	1.365	.096	.904	34	2.54	1.170	.331	.901
5	2.42	1.280	.511	.899	35	2.82	1.392	.516	.899
6	3.69	1.279	.199	.902	36	3.48	1.241	.216	.902
7	2.50	1.090	.350	.901	37	2.26	1.202	.583	.898
8	2.67	1.297	.495	.899	38	2.55	1.186	.376	.900
9	3.18	1.238	.135	.903	39	2.23	1.230	.560	.899
10	1.72	1.010	.329	.901	40	3.46	1.216	.288	.901
11	2.93	1.232	.464	.900	41	3.34	1.259	.155	.903
12	2.86	1.224	.364	.901	42	2.64	1.262	.207	.902
13	3.13	1.303	.147	.903	43	3.34	1.156	.274	.901
14	2.11	1.266	.283	.901	44	3.37	1.140	.136	.903
15	2.67	1.173	.283	.901	45	3.27	1.202	.157	.903
16	3.19	1.231	.311	.901	46	2.74	1.409	.509	.899
17	3.36	1.212	.339	.901	47	2.27	1.260	.561	.899
18	3.24	1.204	.159	.903	48	3.08	1.233	.261	.902
19	2.56	1.375	.556	.898	49	3.45	1.166	.103	.903
20	1.82	1.057	.355	.901	50	2.74	1.067	.267	.901
21	1.82	1.063	.510	.899	51	3.14	1.190	.101	.903
22	2.82	1.246	.500	.899	52	2.92	1.201	.482	.899
23	2.79	1.431	.571	.898	53	2.09	1.019	.445	.900
24	3.02	1.144	.333	.901	54	2.92	1.206	.086	.903
25	1.81	1.045	.426	.900	55	2.16	1.214	.420	.900
26	2.74	1.347	.372	.900	56	3.01	1.201	.256	.902
27	3.20	1.336	.117	.903	57	3.16	1.212	.144	.903
28	2.98	1.260	.338	.901	58	2.37	1.242	.556	.899
29	2.41	1.345	.599	.898	59	2.62	1.414	.553	.898
30	2.20	1.238	.319	.901	60	2.58	1.167	.270	.901

TABLA 2. Varianza explicada, varianza acumulada, medias y desviaciones estándar decada factor.

Factores	% varianza explicada	% varianza acumulada	M	DE
FACTOR 1. Creencias religiosas. Vida, muerte, enfermedad, salud y COVID-19	22.972	22.972	2.50	.931
FACTOR 2. Creencias científicas-sociales. Vida, enfermedad y COVID-19	11.802	34.773	3.26	.501
FACTOR 3. Creencias científicas. Muerte, vida, salud y COVID-19	7.733	42.506	3.32	.816
FACTOR 4. Creencias seculares. COVID-19 y Terapias alternativas	3.212	45.718	2.37	.857
FACTOR 5. Creencias sociales. Muerte, vida, salud y enfermedad	2.876	48.594	2.91	.752
FACTOR 6. Creencia religiosa. Dios Supremo y COVID-19	2.287	50.881	1.79	.873

en 51 iteraciones y el método de extracción de análisis de componentes principales se extrajeron seis factores; se conservaron aquellos con valores propios por encima de 1 (criterio de Káiser). Los seis factores en su conjunto explican el 50.881% de la varianza total de la escala (Ver, Tabla 2).

En la Tabla 3 se muestra la solución factorial obtenida con los seis factores.

Correlación de Pearson

El análisis estadístico de Correlación de Pearson muestra correlaciones estadísticamente significativas entre todos los factores que componen la escala de creencias de supremacía (Ver, Tabla 4).

TABLA 3. Matriz de componentes rotados, varianza total explicada y Alpha de Cronbach por factores.

Reactivo	F1	F2	F3	F4	F5	F6
23. Más allá de todo, Dios es el principio y fin de todas las cosas.	.836	-.062	-.025	-.008	-.038	-.040
29. Por encima de todo, Dios es el único que tiene el poder de quitar la vida a la humanidad.	.820	-.100	.046	.049	.046	.081
33. Dios todopoderoso es el único que puede curar al ser humano de la enfermedad.	.806	-.130	-.051	.164	.045	.123
19. Creo que las personas deben toda su existencia al Creador.	.804	-.111	.017	-.042	-.052	.089
58. Para mí, Dios es el único que tiene el poder de proveer salud al ser humano.	.799	-.116	-.034	.104	.078	.065
31. Creo que es Dios el único que dota de conocimientos a los médicos para que ellos puedan curar.	.783	-.119	.038	.151	.070	.114
47. Creo que sólo Dios tiene el poder de sanar a los enfermos de coronavirus.	.782	-.135	-.019	.178	.049	.149
39. Dios es el único que salvará a la humanidad de la pandemia por coronavirus.	.779	-.121	-.063	.154	.074	.182
59. La vida eterna es un estado de comunión con Dios.	.776	-.043	-.012	-.005	.082	-.037
37. La salud es definitivamente la expresión de la protección de Dios omnipotente.	.754	-.101	.003	.107	.107	.153
35. Por encima de todo, para mí, la Vida es un don divino.	.753	-.095	.034	-.046	.072	-.136
32. Para alcanzar la vida eterna sólo se necesita obedecer los preceptos de Dios todopoderoso.	.747	.008	-.125	.314	-.128	.017
5. Ante todo, es Dios todopoderoso el único que puede decidir si una persona se cura de algún malestar.	.714	.015	-.114	.034	-.099	.175
46. La sanidad es por encima de todo una bendición de Dios.	.704	.139	-.280	.277	-.171	.018
2. Definitivamente es Dios quién decide cuando debe morir un ser vivo.	.695	.076	-.198	.025	-.119	.045
8. La Vida es sólo el producto de una fuente divina que se creó con un propósito determinado.	.660	-.115	.064	-.022	.023	.056
22. Lo único que queda de las personas al morir es su alma.	.534	.086	.018	-.048	.054	.047
55. Para mí, la enfermedad es siempre un manifiesto del poder de Dios sobre la humanidad.	.506	.015	-.297	.311	.097	.291
25. El ser humano se enferma a consecuencia de la rebelión de sus primeros padres contra la grandeza de Dios.	.499	-.228	.093	.177	.026	.453
52. Considero que, sólo el ser humano está conformado por cuerpo y alma.	.408	.163	.101	.075	.225	.018
44. La ciencia es sin duda la única capaz de proveer salud a la humanidad.	-.224	.757	.050	.090	.053	.044
40. Para mí, el ser humano es autosuficiente para ejercer control sobre su salud.	.001	.618	-.003	.209	.075	-.158
18. La ciencia es la única herramienta que podrá prolongar la vida de los organismos de manera indefinida.	-.192	.611	.194	.192	-.015	.082
49. Más allá de todo, considero que la Vida es sólo el producto de la evolución biológica.	-.295	.604	.112	.087	.173	.014
36. Definitivamente el ser humano es el único que tiene el poder de erradicar la pandemia por COVID-19.	-.095	.587	.046	.191	.062	-.190
41. Considero que es sólo la ciencia la que dota de conocimientos a los médicos para que puedan curar a la humanidad.	-.111	.516	.329	-.264	.230	-.009
57. Únicamente la ciencia posee las herramientas necesarias para sanar las enfermedades de la humanidad.	-.167	.498	.293	-.233	.419	.086

TABLA 3. Matriz de componentes rotados, varianza total explicada y Alpha de Cronbach por factores (*continuación*).

Reactivo	F1	F2	F3	F4	F5	F6
24. Creo que, la Vida es únicamente el producto de las relaciones interpersonales del ser humano.	.060	.467	.009	.278	.111	-.029
17. La enfermedad es sólo un desequilibrio de los componentes racionales, físicos y emocionales del ser humano.	.146	.463	-.044	.147	.000	-.132
45. Solamente la ciencia puede determinar cuando una persona está muerta.	-.076	.452	.314	-.139	.110	.030
42. Definitivamente las mascarillas faciales son las únicas herramientas que previenen la infección por COVID-19.	-.004	.438	.136	.304	-.066	.196
43. La enfermedad siempre es sólo una alteración del funcionamiento normal de un organismo.	.053	.437	.285	-.249	.188	-.053
4. La muerte biológica es la única que produce muerte total del ser humano.	-.057	.056	.711	-.030	.046	-.090
3. Por encima de todo, es sólo el ser humano quien crea sus propias condiciones de vida.	.078	.041	.655	-.059	.198	-.189
9. Más allá de todo, son sólo los avances científicos los que brindan sanidad a las personas.	-.156	.328	.608	-.157	.194	.100
13. Las vacunas son en definitiva la única herramienta de la que dispone el ser humano para erradicar el coronavirus.	-.070	.245	.604	-.181	.083	.106
6. Más allá de todo, creo que la salud sólo es el completo estado de bienestar físico, mental y social.	.049	.121	.590	-.176	.183	-.189
1. La ciencia es la única fuente de conocimiento que puede curar a las personas enfermas de COVID-19.	-.137	.465	.513	.069	-.150	-.028
27. Creo que es imposible aún para el ser humano volver a la vida después de su muerte.	.037	.106	.352	-.154	.202	-.135
38. Creo que únicamente a través del uso de terapias alternativas el ser humano logra tener salud.	.181	.211	-.225	.656	.049	.099
30. Definitivamente el consumo de dióxido de cloro mata al coronavirus.	.241	.164	-.249	.655	-.098	.117
34. Los suplementos vitamínicos son los únicos que previenen la enfermedad por COVID-19.	.117	.279	-.115	.647	-.046	.126
26. Para mí, el COVID-19 es sólo una enfermedad creada por la ciencia para controlar la sobrepoblación mundial.	.303	.106	-.154	.512	-.053	.025
53. En definitiva, las terapias alternativas son las únicas que sanan a los enfermos por coronavirus.	.248	-.088	.037	.497	.446	.257
14. Sin duda alguna el coronavirus puede eliminarse a través de curaciones espirituales.	.291	.115	-.432	.465	-.207	.274
56. La muerte del ser humano es únicamente el efecto de sus condiciones de vida.	.060	.240	.175	-.120	.583	-.038
50. Para mí, el organismo del ser humano puede sanar por sí solo ante una enfermedad.	.015	.069	.158	.202	.572	-.070
48. Únicamente es el ser humano quién controla su proceso de salud-enfermedad.	.000	.260	.383	-.124	.486	-.085
60. Creo que, en definitiva, es inexistente algún medicamento que cure la enfermedad por COVID-19.	.191	.109	.113	-.052	.465	.159
51. La Vida es únicamente el resultado histórico de una combinación de elementos físico-químicos y selección natural.	-.291	.383	.331	-.089	.402	.076
10. Creo que la enfermedad de COVID-19 es sin duda un castigo de Dios.	.284	-.049	-.182	.103	.114	.725
20. Más allá de todo, creo que la enfermedad es un castigo de Dios.	.303	.030	-.203	.289	-.104	.661
21. Creo que la enfermedad de COVID-19 es definitivamente la manifestación del poder de Dios sobre la humanidad.	.523	-.031	-.044	.181	-.022	.526
11. La muerte física de los seres humanos es solamente el paso a otra vida.	.484	.069	.089	-.134	.069	.057
28. Considero que, la ciencia es la única que tiene las herramientas suficientes para generar virus sin problema alguno.	.101	.133	.374	.110	.226	.024
Total de reactivos	21	12	8	6	5	3
% de Varianza Total Explicada	22.972	11.802	7.733	3.212	2.876	2.287
Valor de coeficiente Alpha de Cronbach	.954	.829	.781	.802	.642	.785

TABLA 4. Correlación de Pearson por FACTORES.

	FACTOR 1. Creencias religiosas. Vida, muerte, enfermedad, salud y COVID-19	FACTOR 2. Creencias científicas- sociales. Vida, enfermedad y COVID-19	FACTOR 3. Creencias científicas. Muerte, vida, salud y COVID-19	FACTOR 4. Creencias seculares. COVID-19 y Terapias alternativas	FACTOR 5. Creencias sociales. Muerte, vida, salud y enfermedad	FACTOR 6. Creencia religiosa. Dios Supremo y COVID-19
FACTOR 1. Creencias religiosas. Vida, muerte, enfermedad, salud y COVID-19	1	-.166**	-.101**	.448**		.561**
FACTOR 2. Creencias científicas- sociales. Vida, enfermedad y COVID-19		1	.505**	.129**	.520**	-.102**
FACTOR 3. Creencias científicas. Muerte, vida, salud y COVID-19			1	-.277**	.571**	-.220**
FACTOR 4. Creencias seculares. COVID-19 y Terapias alternativas				1	-.084**	.528**
FACTOR 5. Creencias sociales. Muerte, vida, salud y enfermedad					1	-.058**
FACTOR 6. Creencia religiosa. Dios Supremo y COVID-19						1

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Los resultados indican que el FACTOR 1. Creencias religiosas. Vida, muerte, enfermedad, salud y COVID-19 con valores negativos de $r = -.166^{**}$ y $r = -.101^{**}$ muestra una correlación *Muy Baja* con el FACTOR 2. Creencias científicas- sociales. Vida, enfermedad y COVID-19 y el FACTOR 3. Creencias científicas. Muerte, vida, salud y COVID-19 respectivamente. Mientras que con el FACTOR 4. Creencias seculares. COVID-19 y Terapias alternativas y FACTOR 6. Creencias religiosas. Dios Supremo y COVID-19 indica una correlación positiva *Moderada* con valores de $r = .448^{**}$ y $r = .561^{**}$ respectivamente.

Por otra parte, el FACTOR 2. Creencias científicas-sociales. Vida, enfermedad y COVID-19 correlaciona de manera positiva con una intensidad *Moderada* con el FACTOR 3. Creencias científicas. Muerte, vida, salud y COVID-19, esto con un valor de $r = .505^{**}$ y con el FACTOR 5. Creencias sociales. Muerte, vida, salud y enfermedad, cuyo valor de $r = .520^{**}$. Asimismo, este FACTOR 2. Creencias científicas-sociales. Vida, enfermedad y COVID-19 mantiene una correlación *Muy baja* con un valor positivo de $r = .129^{**}$ con el FACTOR 4. Creencias seculares. COVID-19 y Terapias alternativas y con un valor negativo de $r = -.102$ con el FACTOR 6. Creencias religiosas. Dios Supremo y COVID-19.

En cuanto al FACTOR 3. Creencias científicas. Muerte, vida, salud y COVID-19, éste presenta una correlación negativa con intensidad *Baja* con el FACTOR 4. Creencias seculares. COVID-19 y Terapias alternativas cuyo valor de $r = -.277^{**}$ y el FACTOR 6. Creencias religiosas. Dios Supremo y COVID-19 con un valor de $r = -.220$. Por otra parte, con un valor de $r = .571$ mantiene una correlación positiva con

intensidad *Moderada* con el FACTOR 5. Creencias sociales. Muerte, vida, salud y enfermedad.

El FACTOR 4. Creencias seculares. COVID-19 y Terapias alternativas interactúa significativamente con el FACTOR 5. Creencias sociales. Muerte, vida, salud y enfermedad cuyo valor de $r = -.084$ muestra una intensidad de correlación negativa *Muy Baja*. En tanto, su interacción con el FACTOR 6. Creencias religiosas. Dios Supremo y COVID-19 muestra una correlación positiva *Moderada* con un valor de $r = .528^{**}$.

Finalmente, el FACTOR 5. Creencias sociales. Muerte, vida, salud y enfermedad con un valor de $r = -.058^{**}$ mantiene una correlación negativa *Muy Baja* con el FACTOR 6. Creencias religiosas. Dios Supremo y COVID-19.

t de Student para muestras independientes

Con el fin de comparar las medias de respuesta de cada una de las muestras estudiadas, se procedió a la aplicación de una *t* de Student, cuyos resultados indican que tres de los cuatro factores resultaron estadísticamente significativos respecto a la formación profesional de los participantes.

Los factores estadísticamente significativos fueron: el FACTOR 1. Creencias religiosas. Vida, muerte, enfermedad, salud y COVID-19 ($t = 4.870$, $gl = 1218$, $p < .000$), el FACTOR 3. Creencias científicas. Muerte, vida, salud y COVID-19 ($t = 7.985$, $gl = 1218$, $p < .000$), el FACTOR 4. Creencias seculares. COVID-19 y Terapias alternativas ($t = -4.243$, $gl = 1218$, $p < .000$), por último, el FACTOR 5. Creencias sociales. Muerte,

vida, salud y enfermedad ($t=5.872$, $gl= 1218$, $p< .00$) (Ver, Tabla 5).

En cuanto al FACTOR 1. Creencias religiosas. Vida, muerte, enfermedad, salud y COVID-19 las diferencias muestran que la población en general ($M=2.62$) a diferencia de los académicos ($M=2.37$), son quienes creen que, por encima de todo, Dios es el único que tiene el poder de proveer salud al ser humano, asumiendo que la salud es definitivamente la expresión de su protección, una bendición. Ante la enfermedad, consideran que Dios todopoderoso es el único que puede decidir si una persona se cura de algún malestar, después de todo, para ellos la enfermedad es siempre un manifiesto de su poder sobre la humanidad, así, ante la pandemia por COVID-19, creen que las personas se enferman a consecuencia de la rebelión de sus primeros padres contra la grandeza de Dios, de tal manera que, la pandemia se convierte en un momento para tomar conciencia del pecado, del mal en el mundo y en la historia; un momento reflexivo para volver la mente, el alma y el corazón a Él. Dios es quién decide cuando debe enfermar y morir un ser vivo. Consecuentemente, consideran que la vida es un don divino y la vida eterna un estado de comunión con Él que, para alcanzarla, sólo se necesita obedecer cada uno de sus preceptos.

Para el FACTOR 3. Creencias científicas. Muerte, vida, salud y COVID-19 son los académicos ($M=3.13$) quienes no creen que, por encima de todo, es sólo el ser humano quien crea sus propias condiciones de vida, donde la salud sólo es el completo estado de bienestar físico, mental y social, mientras que la muerte biológica sea la única que produce muerte total del ser humano, debido a que, no consideran que ésta se produce únicamente al cesar las funciones fundamentales tales como la actividad cardíaca y actividad respiratoria, y que éstas a su vez traigan consigo el cese de las funciones cerebrales y con esto termine toda la existencia. Considerando lo anterior, ante la pandemia por COVID-19, no creen que la ciencia sea la única que tenga las herramientas suficientes para haber generado el virus SARS-Cov-2, y ante ello, que la ciencia sea la única fuente de conocimiento que pueda curar a las personas enfermas de COVID-19. Esto a diferencia de la población en general ($M=3.50$) quienes si lo consideran así.

Las diferencias obtenidas en el FACTOR 4. Creencias seculares. COVID-19 y Terapias alternativas muestran que

la población en general ($M=2.27$) no cree que la enfermedad del COVID-19 pueda únicamente controlarse a través del uso tratamientos alternativos que incluyen remedios tales como tés, aceites esenciales, vitaminas, tinturas, terapias herbales, o bien, algún tipo de terapia alternativa como el reiki, meditación, acupuntura, bioenergética corporal, etc. En contraparte, son los académicos ($M=2.47$) quienes si lo consideran de esta manera.

Finalmente, el FACTOR 5. Creencias sociales. Muerte, vida, salud y enfermedad muestra que la población en general ($M=3.03$) considera que, la muerte del ser humano es únicamente el efecto de sus condiciones de vida, por ello, su organismo puede sanar por sí solo ante una enfermedad. Es decir, para ellos, los fenómenos de la vida y la muerte, así como los procesos de salud y enfermedad son cuestiones que sin lugar a duda se ven principalmente afectados por lo que el ser humano piensa y cree, son eventos moldeables por el entorno social. Esto marcando una diferencia estadísticamente significativa con la media de los académicos ($M=2.79$) quienes no lo creen así.

Análisis de varianza (ANOVA)

En cuanto al análisis de varianza (ANOVA), los resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la variable escolaridad de los participantes.

Los factores estadísticamente significativos fueron: el FACTOR 1. Creencias religiosas. Vida, muerte, enfermedad, salud y COVID-19 ($F=8.940$, $gl=3$, $p<.000$), el FACTOR 3. Creencias científicas. Muerte, vida, salud y COVID-19 ($F=19.213$, $gl=3$, $p<.000$), el FACTOR 4. Creencias seculares. COVID-19 y Terapias alternativas ($F=8.019$, $gl=3$, $p<.00$), por último, el FACTOR 5. Creencias sociales. Muerte, vida, salud y enfermedad ($F=12.963$, $gl=3$, $p<.00$) (Ver, Tabla 6).

Las diferencias muestran que para el FACTOR 1. Creencias religiosas. Vida, muerte, enfermedad, salud y COVID-19 son las personas con escolaridad media superior ($M=2.68$) quienes creen que, más allá de todo, el único que dota de conocimientos a los médicos para que ellos puedan curar a los seres humanos ante alguna enfermedad es Dios, por ello, ante la pandemia por COVID-19, Él es el único que tiene el poder

TABLA 5. *t* de Student para la variable sociodemográfica Formación Profesional.

Factor	VS	Media	t	gl	Sig.
FACTOR 1. Creencias religiosas. Vida, muerte, enfermedad, salud y COVID-19	Población en general	2.62	4.870	1218	.000
	Académicos UNAM	2.37			
FACTOR 3. Creencias científicas. Muerte, vida, salud y COVID-19	Población en general	3.50	7.985	1218	.000
	Académicos UNAM	3.13			
FACTOR 4. Creencias seculares. COVID-19 y Terapias alternativas	Población en general	2.27	-4.243	1218	.000
	Académicos UNAM	2.47			
FACTOR 5. Creencias sociales. Muerte, vida, salud y enfermedad	Población en general	3.03	5.872	1218	.000
	Académicos UNAM	2.79			

TABLA 6. Análisis de varianza (ANOVA) para la variable sociodemográfica. Escolaridad.

Factor	VS	Media	t	gl	Sig.
FACTOR 1. Creencias religiosas. Vida, muerte, enfermedad, salud y COVID-19	Básica	2.62	8.940	3	.000
	Media Superior	2.68			
	Superior	2.41			
	Posgrado	2.34			
FACTOR 3. Creencias científicas. Muerte, vida, salud y COVID-19	Básica	3.57	19.213	3	.000
	Media Superior	3.40			
	Superior	3.25			
	Posgrado	3.10			
FACTOR 4. Creencias seculares. COVID-19 y Terapias alternativas	Básica	2.22	8.019	3	.000
	Media Superior	2.37			
	Superior	2.34			
	Posgrado	2.55			
FACTOR 5. Creencias sociales. Muerte, vida, salud y enfermedad	Básica	3.08	12.963	3	.000
	Media Superior	2.98			
	Superior	2.89			
	Posgrado	2.72			

de sanar a los contagiados por esta enfermedad, para ellos, la pandemia se convierte en un tiempo para pensar, encontrar la presencia de Dios y para encontrar el sentido de la vida, asumiendo con ello, que la vida es sólo el producto de una fuente divina que se creó con un propósito determinado y la muerte física de los seres humanos es solamente el paso a otra vida, donde lo único que queda de las personas al morir es su alma. Lo anterior en contraste con las personas que cuentan con un posgrado ($M=2.34$) quienes no creen en lo anterior.

En cuanto al FACTOR 3. Creencias científicas. Muerte, vida, salud y COVID-19 las personas con escolaridad básica ($M=3.57$) a diferencia de las personas que cuentan con un posgrado ($M=3.10$), son quienes consideran que la vida, más allá de todo, es sólo el producto de la evolución biológica y de las relaciones interpersonales que tiene el ser humano, donde la ciencia es la única herramienta que podrá prolongar la vida de los organismos de manera indefinida y la única que puede determinar cuando una persona está muerta, por lo anterior, resulta imposible aún para el ser humano volver a la vida después de su muerte. Bajo este contexto, ante la pandemia por COVID-19 consideran que sólo los avances científicos brindan sanidad a las personas, donde únicamente el conocimiento científico, la producción de vacunas y el uso de mascarillas son las principales herramientas de la que dispone el ser humano para erradicar el coronavirus.

El FACTOR 4. Creencias seculares. COVID-19 y Terapias alternativas indica que son las personas con escolaridad básica ($M=2.22$) a diferencia de las personas que cuentan con un posgrado ($M=2.55$) las que no consideran que el uso de suplementos vitamínicos previene el contagio por COVID-19 y que el consumo de dióxido de cloro y las curaciones espirituales eliminan al coronavirus. Además, no creen que las terapias o tratamientos alternativos constituyan una amplia y compleja

combinación de intervenciones, filosofías y enfoques que adopten un punto de vista holístico (mente, cuerpo y espíritu) para sanar los síntomas causados por el COVID-19.

Por último, el FACTOR 5. Creencias sociales. Muerte, vida, salud y enfermedad muestra que las personas con posgrado ($M=2.72$) a diferencia de las personas con escolaridad básica ($M=3.08$) son quienes no consideran que cada persona sea en esencia únicamente el producto de la sociedad humana en la que vive, es decir, que sean las vicisitudes de la propia actividad humana sensorial, el sistema de necesidades de auto conservación y las modalidades de su satisfacción, las que brinden estabilidad y confort a la vida; por ello, no creen que la vida y la muerte sean únicamente el resultado de una combinación de elementos históricos, físico- químicos y selección natural y, con ello, que sea el ser humano el único que controla su proceso de salud-enfermedad.

DISCUSIÓN

El ser humano posee una serie de creencias de supremacía que no sólo son consideradas plenamente fiables, sino que se mantienen con firmeza, a éstas recurre cuando tiene que explicar, comprender, planificar y actuar ante situaciones determinadas para así lograr funcionar de manera estable dentro de su contexto vital. No obstante, para creer algo, no es necesario reflexionar activamente sobre ello: de la gran cantidad de cosas que creen las personas, solo unas pocas pueden estar en el primer plano de la mente en un momento dado (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2019). Ejemplo de ello, son las situaciones que emergieron a partir de la pandemia por COVID-19, situaciones que requirieron de una gran diversidad de explicaciones cuyos fundamentos principales fueron de tipo religioso, secular y científico. Empero, la disyuntiva de creer en la ciencia, en la religión o en ambas trae consigo una serie de

controversias que aumentan cuando se centralizan en temas que muchas veces resultan delicados de tratar, tales como la muerte, la vida, la salud y la enfermedad. Cabe señalar que, las creencias que se tienen hacia estos fenómenos responden a necesidades e intereses particulares dentro de un contexto histórico-social.

En el caso de la presente investigación, los resultados indican que en las muestras seleccionadas (académicos de la UNAM y población en general) no existe una correlación positiva entre las creencias de supremacía de tipo naturales-materiales y las sobrenaturales con respecto a los temas de la vida, la muerte, la salud, la enfermedad y el COVID-19, es decir, no existe una coexistencia. Todo lo contrario, si bien, no se puede establecer la existencia de un conflicto, si se puede marcar una independencia entre ellas.

Para Harrison (2017), la independencia entre creencias naturales-materiales y creencias sobrenaturales hacia estos fenómenos puede llegar a renovar el interés por el diálogo entre ciencia y religión. Después de todo, hoy en día los avances científicos y tecnológicos en las ciencias biomédicas proponen y generan desafíos enormes a las posiciones morales tradicionales, muchas de las cuales se basan en perspectivas religiosas. De acuerdo a este autor, esta independencia entre creencias necesita entenderse a la luz de los avances en las áreas del conocimiento y la reflexión humana, debido a que, muchas de las afirmaciones que se hacen respecto al conflicto, la coexistencia o independencia entre este tipo de creencias afectan de manera directa cuestiones relativas al diálogo entre ambas.

Ahora bien, dicho diálogo puede volverse aún más complejo cuando en él intervienen variables a considerar tales como la educación formal, el IQ, la formación profesional, etc., de quienes están brindando un juicio o evaluación respecto a un determinado tema. Después de todo, Kreimer (2022, como se citó en, Casado, 2022) remarca que: "En un mundo permeado por los desarrollos tecnológicos, los ciudadanos deberían poseer competencias básicas de alfabetización científica para afrontar debates racionales sobre los temas que requieren distinguir ciencias de creencias que no cuentan con evidencia". Para Lynn, Harvey & Nyborg (2009) hay evidencia de una disminución de las creencias religiosas durante el curso de los últimos 150 años más o menos, mientras que al mismo tiempo la inteligencia y educación formal de la población ha aumentado. A demás señalan la cuestión del por qué debería existir esta correlación negativa también entre el coeficiente intelectual y la creencia en Dios. Ante esto, Kuhlen y Arnold (1944) propusieron que se podría esperar que una mayor madurez intelectual aumentará el escepticismo en cuestiones de religión.

Lo anterior se ve reflejado únicamente en los resultados obtenidos en el FACTOR I. Creencias religiosas. Vida, muerte, enfermedad, salud y COVID-19, donde fueron académicos de la UNAM y personas con posgrado quienes no creen en eventos sobrenaturales tales como la inmortalidad, resurrección, trascendencia, el destino del alma en vidas posteriores y la vida eterna (Fernández, 2006; Pepitone,

1991). Al mismo tiempo, no consideran que Dios sea quien a través de su voluntad controle los procesos de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad en la humanidad. No poseen estas creencias religiosas de supremacía absoluta hacia la existencia de un Creador omnipotente y benevolente que revela a sus criaturas el conocimiento de sus decretos, que manifieste sobre cada corazón humano lo que es recto y lo que es malo, que a través de Él se puedan explicar los milagros verdaderos de la vida y la muerte y que permita conferir a todo acontecimiento en el mundo un sentido de trascendencia. A diferencia de las personas con escolaridad básica y personas que pertenecen a la población en general, quienes si creen en ello. Además, la presencia de creencias de supremacía que implican ciertos dogmas y una cierta manera de sentir los fines de la vida humana a través de la palabra de Dios, es para ellos, una forma de disminuir los sufrimientos de la humanidad, la vida, la muerte, los problemas del destino humano y el tener mayor esperanza de que en el futuro tendrán las mejores posibilidades de su especie (Ornelas, 2009; Russell, 1951; Schleiermacher, 1990). En palabras de Darwin (1987, p.47):

El sentimiento de la devoción religiosa es muy complejo: compónese de amor, de una sumisión completa a un superior misterioso y elevado, de un gran sentimiento de dependencia, de miedo, de reverencia, de gratitud, de esperanza para el porvenir, y quizás también de otros sentimientos. Emoción tan compleja no la podrá sentir ningún ser que no hubiese llegado a alguna superioridad de facultades morales e intelectuales.

Al respecto, Inglehart y Welzel (2005) sugieren que, en el mundo preindustrial, los seres humanos suelen tener poco control sobre la naturaleza, por lo que continuamente buscan compensar su falta de control físico apelando a los poderes metafísicos que parecen controlar el mundo: la adoración se ve como una forma de influir en el destino y es más fácil aceptar la impotencia si saben que el resultado está en manos de un ser omnipotente cuya benevolencia se puede ganar siguiendo reglas de contacto rígidas y predecibles. No obstante, señalan que una razón para el declive de las creencias religiosas tradicionales en las sociedades industriales es que una creciente sensación de control tecnológico sobre la naturaleza disminuya la necesidad de confiar en los poderes sobrenaturales. Ante ello, Benítez (2020) menciona que el ser humano ha podido constituir una identidad de la humanidad propiamente moderna, racional y secularizada, en la que la idea de Dios termina por ser accesorio y contingente en la medida que se va desplazando gradualmente hasta ocupar ese lugar de omnipotencia y control del mundo.

Si bien, estos resultados indican una diferencia estadísticamente significativa entre las creencias de supremacía de población en general y personas con escolaridad básica con respecto a las creencias de académicos de la UNAM y personas con escolaridad superior o posgrado, Mitchell (2017) enmarca que la idea de que las personas con un alto nivel educativo son menos religiosas, en promedio, que aquellas con menos educación ha sido parte del discurso público durante décadas, empero, algunos estudiosos de la religión han puesto en duda esta noción, debido a que, para ellos la relación entre religión y educación no suele ser tan simple.

De acuerdo con Winseman (2003), se cree que existe una relación inversa entre la educación de las personas y los niveles de religiosidad, es decir, cuanto mayor sea el nivel de educación de una persona, es menos probable que sea religiosa. Eso puede ser correcto con respecto a algunos aspectos de la religión, pero en otros no es necesariamente el caso. Para este autor, hasta cierto punto, es más probable que las personas con un nivel educativo más bajo “hablen por hablar” cuando se trata de religión, es decir, es más probable que digan que creen en Dios, en el alma o la vida eterna, que coloquen la religión en un lugar prominente en sus vidas, que reconozcan la importancia de la religión en el mundo, o tengan mucha más fe en las instituciones religiosas, lo que tal vez refleja una tendencia más amplia a confiar en ellas en otras áreas de sus vidas; sin embargo, también aquellos con un mayor nivel de educación son tan propensos como aquellos con menos educación a “caminar por el camino”, al pertenecer a una congregación y llevar a cabo prácticas religiosas, con la diferencia en que este grupo, tienen mucha menos fe en los individuos que encabezan sus instituciones religiosas, el clero, que en las instituciones mismas.

Esta última postura, puede sostenerse a través de los resultados obtenidos en las diferencias encontradas entre las creencias de supremacía correspondientes al FACTOR 3. Creencias científicas. Muerte, vida, salud y COVID-19, FACTOR 4. Creencias seculares. COVID-19 y Terapias alternativas y el FACTOR 5. Creencias sociales. Muerte, vida, salud y enfermedad.

En tal caso, fueron las personas pertenecientes a la población en general y las personas con escolaridad básica quienes consideraron a la muerte como la pérdida irreversible del funcionamiento del organismo como un todo. Como un hecho biológico común a todos los organismos. Donde el organismo deja de funcionar como una unidad integrada y se descompone, convirtiendo lo que alguna vez fue un objeto dinámico que tomó energía del entorno para mantener su propia estructura y funcionamiento en una pieza inerte de materia sujeta a desintegración y descomposición. Consideran que, en el caso de los humanos, no menos que en otros organismos, la muerte implica el colapso del funcionamiento corporal integrado (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2021c) a diferencia de académicos de la UNAM y personas que cuentan con un posgrado, quienes no creen que la muerte conste sólo de estos procesos.

En este sentido, se esperaría que, por su formación profesional, ellos al definir la muerte, afirmaran que la vida de un organismo termina cuando los sistemas fisiológicos de ese organismo ya no pueden funcionar como un todo integrado, o cuando esta pérdida se vuelve irreversible (De Grazia, 2014); no obstante, para ellos, la muerte no sólo es la pérdida irreversible de la capacidad de conciencia que implica la pérdida de lo esencial para la existencia; donde la pérdida de lo que es esencial para la existencia es la muerte; por lo tanto, no creen que la pérdida irreversible de la capacidad de conciencia conlleve a la muerte. Asimismo, tampoco consideran que la muerte este solamente constituida por la pérdida de la capacidad de los seres humanos de sustentarse mediante actividades vitales (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2021a, c).

En cuanto a la vida, nuevamente académicos de la UNAM y personas que cuentan con un posgrado son quienes difieren de la postura de que ésta sea aceptada como un concepto polisémico en el que cada grupo de definiciones se aplique a un subconjunto del todo: vida bioquímica, vida evolutiva, vida metabólica, vida eterna, vida después de la muerte, etc. Y que sean las personas quienes deban confiar en el contexto en el que se quiere definir este fenómeno o simplemente estipular el tipo de vida que quieren explicar (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2021b). Marcando así, la diferencia con las personas que forman parte de la población en general o que cuentan únicamente con escolaridad básica, quienes si lo consideran de tal manera.

Con respecto a la salud, los académicos de la UNAM y las personas que cuentan con educación superior o posgrado, son quienes no sostienen que lo importante de la salud es la experiencia vivida del propio cuerpo y, en particular, que el ser humano no debe sentirse ajeno o alienado de su propio cuerpo. Asimismo, no consideran que la salud deba entenderse fenomenológicamente como la experiencia de estar en casa en el propio cuerpo vivido, o simplemente como el funcionamiento normal del cuerpo visto como una unidad biológica (Carel, 2007). Esto a diferencia de las personas que forman parte de la población en general y cuentan con escolaridad básica o media superior, quienes señalan a la salud como flexibilidad, en el sentido de que un organismo sano puede tolerar los impactos ambientales, que se adapta a nuevas situaciones y posee una reserva de energía y audacia (Canguilhem, 2012), o bien, que aluden a la salud en términos de las capacidades psicofisiológicas de un individuo que apoyan sus metas, proyectos y aspiraciones en una amplia variedad de situaciones. Este punto, considera a la estrecha conexión entre la salud y la acción dirigida a un objetivo, y sugieren un punto de vista en el que se puede ver las capacidades biológicas como el núcleo de la salud en la medida en que ayudan a que la vida de las personas sea mejor (Whitbeck, 1977).

Finalmente, en términos de lo que implica el concepto de enfermedad, las personas con escolaridad básica o media superior y personas que pertenecen a la población en general, son quienes creen que el cuerpo humano comprende sistemas de órganos que tienen funciones naturales de las que pueden apartarse de muchas maneras. Algunas de estas desviaciones del funcionamiento normal son inofensivas o beneficiosas, pero otras no lo son, y que a estas últimas se le denominan enfermedades. De tal manera que, para ellos, denominar algo como enfermedad implica tanto una afirmación sobre el funcionamiento anormal de algún sistema corporal como un juicio de que la anormalidad resultante es un mal que hace que la vida se deteriore (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2020). Esto a diferencia de personas con posgrado y académicos de la UNAM, quienes no lo consideran así.

El terreno conceptual en el caso de la salud es un poco más complejo que el de la enfermedad; ya que, una forma de pensar y creer acerca de la salud indica que es simplemente la ausencia de enfermedad, por lo que, si la enfermedad es un mal funcionamiento o una anomalía biológica, se deduce que una persona sana es alguien cuyos sistemas biológicos están en orden. Empero, otra forma de ver la salud insiste en

que no es solo la ausencia de enfermedad sino la presencia de algo más; un estado positivo (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2020).

Como se observa, los resultados obtenidos a lo largo de estos tres factores (3, 4 y 5), de acuerdo con Schwadel (2011), indican que el aumento en la educación no conduce uniformemente a la disminución de la participación, creencia y afiliación religiosa de las personas. Este autor sostiene que la educación influye en las estrategias de acción, y estas estrategias de acción son relevantes para algunas creencias y actividades religiosas, pero no para otras. Por una parte, la educación afecta negativamente los puntos de vista religiosos exclusivistas y radicales, así como, el literalismo bíblico, pero no la creencia en Dios o en el más allá. Por otra parte, la educación afecta positivamente la participación religiosa, las actividades devocionales y enfatiza la importancia de la religión en la vida diaria; afecta positivamente el cambio de afiliaciones religiosas, particularmente a una denominación protestante principal, pero no la desafiación; ayuda a cuestionar el papel de la religión en la sociedad secular pero no para frenar las opiniones públicas de los líderes religiosos; y finalmente, los efectos de la educación sobre las creencias religiosas y la participación varían según las tradiciones religiosas.

En tal caso, ante las creencias de supremacía que mantienen académicos de la UNAM o personas cuya formación académica es alta, se esperaría que éstas tuvieran como fundamento un proceso lógico y racional dado por la práctica científica; sin embargo, al no ser completamente el caso, dados los resultados de la presente investigación, cabe indicar que sean cuales sean sus creencias, éstas juegan un papel importante en su formación, son patrones característicos de su comportamiento instruccional (Thompson, 1992). Vistas de este modo, las creencias de supremacía juegan un papel relevante en las decisiones que ellos toman acerca de la importancia de los conocimientos que enseñan. No obstante, cuando se cuestiona su sistema de creencias se puede provocar una serie de conflictos internos que giran en torno a su origen y naturaleza.

Ahora bien, se tiene que recordar que las creencias de supremacía hacia la vida, la muerte, la salud y la enfermedad fueron medidas en cada muestra de estudio en tiempos de pandemia por COVID-19, situación que generó no sólo desestabilidad económica, social y educativa, sino también desestabilidad en el ámbito de la salud cuyas consecuencias derivaron en una gran diversidad de trastornos físicos y mentales.

La situación sanitaria provocada por la enfermedad de COVID-19 sacudió a la humanidad, y como bien sostiene Benítez (2020), puso al ser humano ante una situación límite, no sólo por los altos niveles de mortandad que a su paso a ido dejando, sino porque la dimensión de la pandemia representa un recordatorio de la condición de fragilidad, ya no como individuos, sino como especie. De ahí que, independientemente de los niveles de escolaridad o formación profesional, se hayan desplazado toda una serie de creencias de supremacía de tipo científicas, religiosas y seculares hacia temas implicados en esta enfermedad: muerte, vida, salud, enfermedad y el propio COVID-19.

En última instancia, Elizalde-González (2020) sostiene que solo con el trabajo colaborativo y la aplicación del método científico de manera astuta e inteligente, se puede salir adelante de los estragos que la pandemia por COVID-19 dejó en la humanidad, mostrando así cuán frágil es la naturaleza humana y la importancia de permanecer dentro de los rangos fisiológicos a lo largo de la vida.

CONCLUSIÓN

Las creencias juegan un papel causal en la producción de la conducta (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2019). Y ante ello, "...nos ponen delante lo que para nosotros es la realidad misma (...) En ellas vivimos, nos movemos y somos. Por lo mismo, no solemos tener conciencia expresa de ellas, no las pensamos, sino que actúan latentes, como implicaciones de cuanto expresamente hacemos o pensamos". (Ortega y Gasset, 1986, p. 29).

Hoy en día, las concepciones y creencias de supremacía sobre lo que es la vida, la muerte, la salud y la enfermedad tienden a ir más allá de la simple condición de que el ser humano se encuentra biológicamente en algún estado. De acuerdo con Stanford Encyclopedia of Philosophy (2020), esta dificultad proviene del hecho de que existe un acuerdo generalizado de que las creencias y concepciones respecto a estos fenómenos prestan atención tanto a los valores humanos como a los fenómenos biológicos, y no siempre es fácil decir cómo un teórico o investigador explica las interacciones entre estos factores, ni si un análisis dado es adecuado, descriptivo o prescriptivo.

Por otra parte, las personas tienen creencias de supremacía sobre el funcionamiento de los seres humanos, tanto expectativas de sentido común sobre el cuerpo como sobre las teorías científicas de la biología humana. Emiten juicios sobre si una determinada condición o forma de vida es o no indeseable, lo que implica obviamente criterios normativos, que tienen que ver con la medida en que una vida es antinatural o que no prospera de alguna manera (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2020). Por ello, las creencias de supremacía hacia estos fenómenos pueden agudizarse si las personas tuvieran una idea más clara de lo que son y sus implicaciones en cuanto a su existencia, la cual se encuentra determinada por las características que van desde lo histórico, biológico y psicológico hasta lo religioso y filosófico, y las relaciones entre ellas.

Como muchos conceptos básicos, es difícil definir la muerte, la vida, la salud y la enfermedad sin entrar en controversias. La mayoría de las personas simplemente evitan el problema ignorando los casos marginales, aceptando la vaguedad de los casos límite o dejando de lado todo el problema como algo que está más allá de su alcance. No obstante, también hay muchas personas cuya inquietud parece requerir una delimitación rigurosa de cada uno de estos términos, especialmente en contextos científicos. Como tal, la naturaleza de estos fenómenos sigue siendo un tema muy debatido, especialmente cuando se estudian vía las creencias.

Finalmente, las creencias de supremacía hacia la salud, la enfermedad, la vida y la muerte no sólo constituyen los

mejores indicadores para conocer el comportamiento y el pensamiento del ser humano, sino que traen consigo tanto a una sociedad sometida a grandes cambios, como a una transformación de los modos de vida, marcada por intereses y valores particulares a corto plazo, los cuales están provocando problemas en la forma de percibir el mundo y la sociedad actual; por ello, resulta de gran importancia que dentro de los objetivos de la educación e investigación se fomente su discusión y verificación en medida de lo posible no solo como variables aisladas, sino en conjunto con otras variables tales como la madurez psicológica del individuo y la influencia de los marcos de referencia tales como la edad, el sexo, la cultura, la personalidad, el nivel socioeconómico, entre otras.

AGRADECIMIENTO

Esta investigación fue realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la DGAPA- UNAM con clave <<IN 300521 >>.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso L. y Escorcía, I. (2003). El ser humano como una totalidad. *Salud Uninorte*, 17: 3-8. <https://www.redalyc.org/pdf/817/81701701.pdf>
- Angarita, C. y De Castro, A. (2002). Cara a Cara con la Muerte: Buscando el Sentido. *Psicología desde el Caribe*, 9: 1-19. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1007>
- Balkhair, A. (2020). COVID-19 Pandemic: A New Chapter in the History of Infectious Diseases. *Oman Medical Journal*, 35 (2), 1-2. DOI:10.5001/omj.2020.41
- Benítez, R. (2020). La pandemia y otros demonios. En, Medel, C; Rodríguez, A; Jiménez, G. y Martínez, R. (Coords). *México ante el COVID-19: Acciones y retos* (pp.117-127). Cámara de Diputados LXIV Legislatura/ Consejo Editorial, H. Cámara de Diputados/ Universidad Autónoma Metropolitana.
- Bernacer, J; García-Manglano, J; Camina, E. & Güell, F. (2021). Polarization of beliefs as a consequence of the COVID-19 pandemic: The case of Spain. *PLOS ONE*, 16 (7), 1-22. DOI: 10.1371/journal.pone.0254511
- Canguilhem, G. (2012). *Writings on Medicine*. Fordham University Press.
- Carel, H.(2007). Can I Be Ill and Happy. *Philosophia*, 35 (2), 95-110. DOI:10.1007/s11406-007-9085-5
- Casado, M. (2022). Creencias alternativas: qué hay detrás del boom de la astrología, según la ciencia. En, *La Nación* [en línea] <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/creencias-alternativas-que-hay-detras-del-boom-de-la-astrologia-segun-la-ciencia-nid27042022/>
- Cielo, F; Ulberg, R. & Di Giacomo, D. (2021). Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Mental Health Outcomes among Youth: A Rapid Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (6067). DOI:10.3390/ijerph18116067
- Craig, J. (1997). *Desarrollo Psicológico*. Prentice Hall.
- Crist, E. (2018). Reimagining the human. *Science*, 362 (6420), 1242-1244. DOI: 10.1126/science.aau6026
- Darwin, C. (1987). *El Origen del Hombre*. Editores Unidos.
- De Grazia, D. (2014). The Nature of Human Death. In Luper, S. (Ed.), *The Cambridge Companion to Life and Death* (pp. 80-98). Cambridge University Press.
- Dhont, K. & Hodson, G. (2014). Why do right-wing adherents engage in more animal exploitation and meat consumption? *Personality and Individual Differences*, 64, 12-17. DOI: 10.1016/j.paid.2014.02.002
- Elizalde-González, J. (2020). SARS-CoV-2 and COVID-19. A pandemic review. *Medicina Crítica*, 34 (1), 53-67. DOI: 10.35366/93281
- Enríquez, A. y Sáenz, C. (2021). *Serie 189. Estudios y Perspectivas. Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA*. Naciones Unidas CEPAL.
- Escudero, X; Guarner J; Galindo-Fraga, A; Escudero-Salamanca, M; Alcocer-Gamba, M. y Del-Río. C. (2020). La pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): situación actual e implicaciones para México. *Cardiovascular and Metabolic Science*, 31, Suplemento 1, 170-177. DOI: 10.35366/93943
- Fanon, F. (1963). *Los condenados de la tierra*. Fondo de Cultura Económica.
- Fayyaz, M; Fariha, Ch; Anwar, A; Shahzad, N; Ahmad, M; Mukhtar, S. & Farhan, M. (2021). Novel coronavirus disease (COVID- 19) pandemic: A recent mini review. *Computational and Structural Biotechnology Journal*, 19, 612-623. DOI: 10.1016/j.csbj.2020.12.033
- Fernández, I. y Basabe, N. (2007). Psicología social y cultura. En, Morales, J; Gaviria, E; Moya, M. y Cuadrado, I. (Coords). *Psicología Social* (pp. 63-95). Mc Graw Hill.
- Fernández, M. (2006). *Creencia y Sentido en las Ciencias Sociales*. Ponencia presentada en la sesión privada extraordinaria de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, Argentina.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley.
- García, P. (2009). Animal racional: Breve historia de una definición. *Anales del Seminario de Historia de la Filosofía*, 27 (10), 295-313. <https://revistas.ucm.es/index.php/ASHF/articulo/view/ASHF1010110295A/4605>
- Gervais, W. & Norenzayan A. (2012). Analytic Thinking Promotes Religious Disbelief. *Science*, 336, 493-496.
- Jose, R; Narendran, M; Bindu, A; Beevi, N. & Benny M. (2021). Public perception and preparedness for the pandemic COVID 19: A Health Belief Model approach. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 9: 41-46. DOI: 10.1016/j.cegh.2020.06.009
- Giraldo, C. (1987). *Medicina Forense*. Editorial Educacional.
- Gómez, D; Jiménez-Pernett, J. y Leralta, O. (2020). La Educación, determinante de la salud afectado por el COVID-19. *Escuela Andaluza de salud pública. Consejería de Salud y Familias*. <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/author/coronavirusysaludpublica/>
- Hall, M. & Raimib, K. (2018). Is belief superiority justified by superior knowledge? *Journal of Experimental Social Psychology*, 76, 290- 306. DOI: 10.1016/j.jesp.2018.03.001
- Harrison, P. (2017). *Cuestiones de ciencia y Religión. Pasado y presente*. SalTerrae/ Universidad Pontificia Comillas.
- Hernández, F; Vargas, E. y Tello, M. (2021). Creencias sobre

- la pandemia y las medidas de protección en pacientes que acuden al servicio de urgencias por probable COVID- 19. *Revista CONAMED*, 26 (3), 134-142. DOI:10.35366/101678 index.php/PST/article/view/7180
- Inglehart, R. & Welzel, C. (2005). *Modernization, Cultural Change, and Democracy. The Human Development Sequence*. Cambridge University Press. Kteily, N; Ho, A. & Sidanius, J. (2012). Hierarchy in the mind: The predictive power of social dominance orientation across social contexts and domains. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48, 543-549. DOI: 10.1016/j.jesp.2011.11.007
- Kuhlen, R. & Arnold, M. (1944). Age Differences in Religious Beliefs and Problems during Adolescence. *The Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology*, 65, 291-300. DOI:10.1080/08856559.1944.10533302
- Lang, F. (2015). Control Beliefs Across Adulthood. In, Whitbourne, S. (Ed.) *Encyclopedia of Adulthood and Aging*. Wiley-Blackwell.
- Larson, E. & Witham, L. (1998). Leading scientists still reject God. *Nature*, 394 (6691), 313. DOI:10.1038/28478
- Lee, M; Kang, B. & You, M. (2021). Knowledge, attitudes, and practices (KAP) toward COVID-19: a cross-sectional study in South Korea. *BMC Public Health* 21 (295), 1-10. DOI: 10.1186/s12889-021-10285-y
- Leite, A. & Dhont, K. (2018). Longitudinal Effects of Human Supremacy Beliefs and Vegetarianism Threat on Moral Exclusion (vs. Inclusion) of Animals. *European Journal of Social Psychology* 49 (1), 1-31. DOI:10.1002/ejsp.2497
- Leuba, J. (1921). *The belief in God and Immortality*. The Open Court Publishing Company.
- Lewis, G; Stuart, R. & Bates, T. (2011). The relationship between intelligence and multiple domains of religious belief: Evidence from a large adult US sample. *Intelligence*, 39, 468-472.
- Lynn, R; Harvey, J. & Nyborg, H. (2009). Average intelligence predicts atheism rates across 137 nations. *Intelligence*, 37 (1), 11-15. DOI:10.1016/j.intell.2008.03.004
- Martínez, J; Torres, M. y Orozco, E. (2020). *Características, medidas de política pública y riesgos de la pandemia del Covid-19*. Senado de la República LXIV Legislatura / Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República.
- Meeusen, C. & Dhont, K. (2015). Parent-child similarity in common and specific components of prejudice: The role of ideological attitudes and political discussion. *European Journal of Personality*, 29, 585- 598. DOI: 10.1002/per.2011
- Mitchell, T. (2017). In America, Does More Education Equal Less Religion? *Pew Research Center*. <https://www.pewresearch.org/religion/2017/04/26/in-america-does-more-education-equal-less-religion/>
- Naciones Unidas (2020). *Informe de políticas: La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental*. Naciones Unidas.
- Nature Editorial. (2005). Dealing with design. *Nature*, 434 (7037),1053. DOI: 10.1038/4341053a
- Ornelas, M. (2009). La Sociología de la Religión de Niklas Luhmann. En, N. Luhmann, *Sociología de la Religión* (pp. 9-29). Herder.
- Ortega y Gasset, J. (1986). *Ideas y creencias*. Alianza.
- Otero, L. (2020). Rol de los determinantes sociales y económicos en la infección y en la mortalidad por SARS Cov2. *Revista Medica Herediana*, 31, 211-213. DOI:10.20453/rmh.v31i4.3851
- Páez, D; Morales, J. y Fernández, I. (2007). Las creencias básicas sobre el mundo social y el yo. En, Morales, J; Gaviria, E; Moya, M. y Cuadrado, I. (Coords). *Psicología Social* (pp. 195-211). Mc Graw Hill.
- Pajares, F. (1992). Teachers' beliefs and educational research: cleaning up a messy construct. *Review of Educational Research*, 62 (3), 307-332.
- Pepitone, A. (1991). El mundo de las creencias: un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7 (1), 61-79.
- Pérez-Agote, A. y Santiago, J. (2005). *La situación de la religión en España a principios del siglo XXI*. Centro de investigaciones Sociológicas.
- Rodríguez, A. (1993). La imagen del ser humano en la Psicología Social. *Psicothema*, 5, Suplemento,65-79. <https://reunido.uniovi.es/>
- Rotter, J. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (1), 56-67. DOI:10.1037/h0076301
- Ruiz-Aquino, M; Díaz-Lazo, A. y Ortiz-Aguí, M. (2020). Creencias, conocimientos y actitudes frente a la COVID-19 de pobladores adultos peruanos en cuarentena social. *Revista Cubana de Enfermería*, 36: 1-17. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4251>
- Russell, B. (1951). *Religión y Ciencia*. Fondo de Cultura Económica.
- Schleiermacher, F. (1990). *Sobre la Religión*. Tecnos.
- Schwadel, P. (2011). The Effects of Education on Americans' Religious Practices, Beliefs, and Affiliations. *Review of Religious Research*, 53, 161-182. DOI: 10.1007/s13644-011-0007-4
- Serrano-Cumplido, A; Antón-Eguía, P; Ruiz, A; Olmo, V; Segura, A; Barquilla, A. y Morán, A. (2020). COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra. *Semergen*, 46, 48-54. DOI: 10.1016/j.semereg.2020.06.008
- Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2019). *Belief*. <https://plato.stanford.edu/entries/belief/>
- Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2020). *Concepts of Disease and Health*. <https://plato.stanford.edu/entries/health-disease/>
- Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2021a). *Death*. <https://plato.stanford.edu/entries/death/>
- Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2021b). *Life*. <https://plato.stanford.edu/entries/life/>
- Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2021c). *The Definition of Death*. <https://plato.stanford.edu/entries/death-definition/>
- Taylor, S. (2021). The Psychology of Pandemics. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18 (1). DOI:10.1146/annurev-clinpsy-072720-020131
- Thompson, A. (1992). Teacher's beliefs and conceptions: a synthesis of the research. In, D. Grouws (Ed.), *Handbook on mathematics teaching and learning* (pp.127-146). Macmillan.

- Urzúa, A; Vera-Villarreal, P; Caqueo-Úrizar, A. y Polanco-Carrasco, R. (2020). La psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*, 38 (1): 103-118. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v38n1/0718-4808-terpsicol-38-01-0103.pdf>
- Van Bavel, et al. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4, 460–47. DOI:10.1038/s41562-020-0884-z
- Villoro, L. (1996). *Creer, saber, conocer*. Siglo XXI.
- Vitriol, J. & Marsh, J. (2021). A Pandemic of Misbelief: How Beliefs Promote or Undermine COVID-19 Mitigation. *Frontiers in Political Science*, 3. DOI:10.3389/fpos.2021.648082
- Walker, A. (1985). *Cerebral death*. Urban & Schwarzenberg.
- Whitbeck, C. (1977). Causation in Medicine: The Disease Entity Model. *Philosophy of Science*, 44 (4), 619–637. <https://www.jstor.org/stable/186942>
- Winseman, A. (2003). Does More Educated Really = Less Religious? *Gallup*. <https://news.gallup.com/poll/7729/does-more-educated-really-less-religious.aspx>
- World Health Organization. (2022). *Looking after our mental health*. <https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/>
- Yarritu, I; Matute, H. & Luque, D. (2015). The dark side of cognitive illusions: When an illusory belief interferes with the acquisition of evidence-based knowledge. *British Journal of Psychology*, 106, 97–608. DOI: 10.1111/bjop.12119
- Zuckerman, M; Knee, R; Kieffer's, S. & Gagné, M. (2004). What Individuals Believe They Can and Cannot Do: Explorations of Realistic and Unrealistic Control Beliefs. *Journal of Personality Assessment* 82 (2), 215-32. DOI:10.1207/s15327752jpa8202_9
- Zuckerman, M; Silberman, J. & Hall, J. (2013). The Relation Between Intelligence and Religiosity: A Meta-Analysis and Some Proposed Explanations. *Personality and Social Psychology Review*, 20 (10), 1–30. DOI:10.1177/1088868313497266

Lo normal, lo anormal, la perturbación, el trastorno, la patología, la incompatibilidad evolutiva, el padecimiento, y la enfermedad psíquica

The normal, the abnormal, the disturbance, the disorder, the pathology, the evolutionary incompatibility, the disease, and the psychic illness

EDUARDO ALEJANDRO ESCOTTO CÓRDOVA
ANA MARÍA BALTAZAR RAMOS

RESUMEN: Proponemos una jerarquía taxonómica, a manera de espectro de un continuo, diferente del binomio salud-enfermedad utilizado en psicología, psicopedagogía, neuropsicología, y psiquiatría. Definimos *normal*, *anormal*, *perturbación*, *trastorno*, *patología*, *incompatibilidad evolutiva*, *padecimiento*, y *enfermedad*. Proponemos los criterios teóricos y epistemológicos de “gravedad”, estos se alejan del criterio de número de síntomas durante un tiempo determinado, con los que el DSM-5 y CIE-10, y múltiples pruebas o test psicométricos suelen caracterizar la gravedad de un padecimiento. Sostenemos que el número de síntomas y la duración de su presencia no son lo fundamental para definir la gravedad, pero deben ser considerados para su caracterización. Partimos de definir teórica y epistemológicamente *lo normal* y *anormal* de la regulación psíquica, sin utilizar parámetros estadísticos. Proponemos la vigilancia epistemológica y las maniobras experimentales como criterios metodológicos para reducir los sesgos culturales, sociales, morales o ideológicos en su definición. Se analiza el error de muchos usuarios de test psicométricos que consideran a los sujetos ubicados fuera de la norma estadística y sus parámetros, como trastornados, o enfermos, o con alguna patología. Con la caracterización de normalidad psíquica, la vigilancia epistemológica y las maniobras experimentales valoramos a los test psicométricos, distinguiendo *la inutilidad clínica* de estos, de su gran aporte en la investigación científica de la medición en psicología. Finalmente, enfatizamos los criterios objetivos y verificables mediante maniobras experimentales aplicables a las categorías de la jerarquía taxonómica.

Palabras clave: vigilancia epistemológica; maniobra experimental; sesgos culturales; salud-enfermedad mental.

ABSTRACT: We propose a taxonomic hierarchy, as a spectrum of a continuum, different from the health-disease binomial used in psychology, educational psychology, neuropsychology, and psychiatry. We define normal, abnormal, disturbance, disorder, pathology, evolutionary incompatibility, illness, and disease. We propose the theoretical and epistemological criteria of “severity”, these move away from the criterion of number of symptoms during a certain time, with which the DSM-5 and ICD-10, and multiple tests or psychometric tests usually characterize the severity of a condition. We maintain that the number of symptoms and the duration of their presence are not essential to define severity, but should be considered for their characterization. We start by defining theoretically and epistemologically what is normal and abnormal in psychic regulation, without using statistical parameters. We propose epistemological vigilance and experimental maneuvers as methodological criteria to reduce cultural, social, moral or ideological biases in its definition. The error of many users of psychometric tests who consider the subjects located outside the statistical norm and its parameters, as deranged, or sick, or with some pathology, is analyzed. With the characterization of psychic normality, epistemological vigilance and experimental maneuvers, we value psychometric tests, distinguishing their clinical uselessness from their great contribution to scientific research on measurement in psychology. Finally, we emphasize objective and verifiable criteria through experimental maneuvers applicable to the categories of the taxonomic hierarchy.

Keywords: epistemological surveillance; experimental maneuver; cultural biases; mental health-illness.

INTRODUCCIÓN

La psicología fue primero filosófica, luego transitó lentamente a experimental y universitaria antes de ser clínica (primer tercio del siglo XX), mientras que la psicopedagogía fue primero práctica con Pestalozzi, Froebel, Montessori, entre otros, antes que cuantitativa con la psicometría de Binet, y previa a la psicología del desarrollo con metodologías científicas desarrolladas con Edward Thorndike, Arnold Gesell, Jean Piaget, Henri Wallon, Lev Vigotski y muchos más en el siglo XX. El camino de la psiquiatría fue primero médico-biológica antes de ser psicológica con el “tratamiento moral” propuesto por Pinel, luego se inició como científica, sistemática y clínica con Emile Krepelin, pero pasó por una etapa especulativa con el psicoanálisis durante cincuenta años, y devino en científica y experimental con el desplazamiento de aquél y la presencia de las neurociencias entre 1965-1975, lo que ocurrió tardíamente en los últimos treinta y cinco años del siglo XX. Por su parte, la neurología médica fue previa a la neuropsicología, esta última tuvo una primera etapa pseudocientífica frenológica antes de ser clínica y científica. En las cuatro disciplinas se utilizó, y se utilizan, conceptos, creencias, o incluso teorías acerca de lo que se considera salud y enfermedad de lo mental, lo psicológico, lo cognitivo o lo conductual. Estas denominaciones se refieren a diferentes marcos teóricos. No son estrictamente sinónimos.

Actualmente, en la psicología, la psicopedagogía, la neuropsicología y la psiquiatría suelen tomarse como normalidad o anormalidad psicológica diversos criterios que en ocasiones coinciden entre ellos en la tipificación, aunque no siempre ocurre así. Dichos criterios son independientes del diagnóstico específico de entidades clínicas, tipificados por la *American Psychiatric Association* (APA) (2014) con el DSM-5, o por la Organización Mundial de la Salud, la OMS (2007), en el CIE-10, o en los diferentes cuadros diagnósticos de las afasias (Ardila y Bernal, 2007; Ardila 2005; Luria, 1980, 1947/1974; Luria y Tsvetkova, 1981; González-Lázaro y González-Ortuño, 2012; Akhutina 2003; Azcoaga, Derman, y Iglesias, 1982; Quintanar y Solovieva, 2002; Quintanar, 1992) y suelen funcionar como marco taxonómico de la salud-enfermedad mental, psíquica, conductual o cognitiva según el modelo teórico de la psicología utilizado. Destacamos algunos criterios de los más frecuentes.

TRES CRITERIOS FRECUENTES DE NORMALIDAD Y ANORMALIDAD PSÍQUICA

El primero criterio se establece a partir de una serie de parámetros estadísticos utilizados por diversos instrumentos psicométricos como los test (Bartram y la *International Test Commission*, 2001; Picó, 2019; Flores, Ostrosky, Lozano, 2014; Renzi y Flagioni, 1978; Peña-Casanova, 2005; Hebben y Milberg, 2011; Goodglass y Kaplan, 1972; Goodglass, Klein, Carey y Jones, 1973; Brickenkamp, 2009) o también las escalas clínicas. Estos criterios se fundamentan en la disciplina conocida como psicometría (Tornimbeni, Pérez y Olaz, 2014; Nunnally y Bernstein, 1995; Muñoz, 1996; Martínez, 2005). En ambos casos, los ítems elegidos son expuestos a una muestra de una población, y, a partir de ella, se establecen con criterios matemáticos y estadísticos la norma, sus desviaciones y sus puntajes en los parámetros definidos para cada ejecución de

las tareas o de los ítems elegidos. La diferencia entre test y escalas radica en el tipo de ítem. En los test psicométricos se establecen tareas diversas en un orden protocolario de aplicación, y para cada tarea se establecen parámetros que deberán cuantificarse. La clave de estos test radica en las tareas seleccionadas, las cuales se asume que evidencian signos y síntomas de procesos individualizados (lenguaje, memoria, atención, funciones ejecutivas etc.) o de lo psicológico en general (cognición, inteligencia, etc.). Hemos definido las tareas como:

“...las acciones conscientes e intencionales que se realizan bajo una instrucción o consigna específica, y que un sujeto realiza en situación de prueba, o de evaluación, o de experimento...La ausencia de un objetivo y motivo para el sujeto, convierte las acciones en operaciones mecánicas, que no se pueden llamar acciones en sentido psicológico” (Escotto, Baltazar, Solovieva y Quintanar, 2022, p. 193).

Las escalas clínicas son diferentes. En ellas se formulan una serie de preguntas -no tareas- entorno a la presencia o ausencia de síntomas clínicos que el consenso de profesionales de la psicología, o de la psiquiatría, o de la neuropsicología han validado empíricamente desde hace muchos años, incluso algunos de ellos desde hace más de un siglo. El criterio psicométrico ha generado en muchas ocasiones actos de poder y sesgos políticos, racistas, sexistas y clasistas (Lawler, 1982; Ovejero, 2003). La cuantificación de características físicas, psicológicas o sociales de grupos o individuos humanos pierde su utilidad epistemológica y científica cuando se utilizan para justificar prejuicios y actos de poder. Stephan J. Gould (2005) escribió el libro, *La falsa medida del hombre*, en el que documenta históricamente cómo la fetichización de los números justificó el racismo, el sexismo y el clasismo en el siglo XIX y XX. Lamentablemente algunos usuarios de la psicometría siguen sin aprender las lecciones históricas.

Si vigilamos epistemológicamente no caer en estos errores históricos, la psicometría y sus productos, los test y las escalas, son un poderoso instrumento de medición de ciertos parámetros en las tareas, o de la presencia de ciertos síntomas. La psicometría sirve para medir; es un recurso valioso en toda investigación que utiliza tareas específicas y cuantificación de síntomas, pero no sirve para diagnosticar clínicamente.

¿Por qué?, porque el dato fundamental que aporta es qué tanto se acerca o se aleja un individuo de la norma estadística de la muestra elegida para su elaboración. En otras palabras, les dice a los pacientes lo que ellos y sus familiares ya saben: que no son como los demás, que están fuera de la norma, que no son como eran antes. Nada más. Decirle a un paciente lo que ya sabe es, o un autoengaño del clínico, o una burla al paciente, o un descarado fraude cuando se cobra por ello.

Ni los test psicométricos ni las escalas explican la etiología de esas anomalías estadísticas, tampoco aseguran o explican un pronóstico, ni mucho menos aseguran o explican una terapéutica específica. Miden solo un momento en la ejecución de las tareas, y supuestamente de la expresión de síntomas, pero nunca su desarrollo, ni sus etapas de evolución. En el

mejor de los casos miden cantidades de signos y síntomas, pero no hacen su diagnóstico clínico. Su utilidad como instrumentos de medición no debe confundirse, o sustituirse, por su *inutilidad* clínica. Este es el error más frecuente de muchos usuarios de esos instrumentos psicométricos. Ya hace casi un siglo que el psicólogo L. S. Vygotski cuestionó el uso de la psicometría en la psicología de los trastornos infantiles con otros argumentos (Vygotski, 1929/1997). En uno de sus textos escribió: “Entre la medición y el diagnóstico, dice Gesell, hay una gran diferencia. Al diagnóstico se puede llegar si se consigue descubrir el sentido y el significado de los síntomas hallados.” (Vygotski, 1932-34/1996, p.266).

En el segundo criterio de normalidad o anormalidad, se identifican un conjunto de signos y síntomas agrupados o no en síndromes, cada uno de los cuales tiene su propia historia (Berrios, 2008). Son obtenidos e identificados en las quejas del paciente, o por sus comportamientos que se manifiestan en las entrevistas clínicas, o que son reportados por los familiares. También se obtienen por las caracterizaciones hechas por instituciones no propiamente clínicas, como las escuelas, o los juzgados penales o familiares que pueden utilizar peritos sin formación científica, o incluso por iglesias. También se tipifican por los médicos de urgencias que caracterizan los padecimientos de forma rápida por la fenomenología clínica del paciente. Finalmente, también se establecen por instancias del Estado y el gobierno. En este último caso, las “anormalidades clínicas” son tipificadas en los códigos penales, y en muchos de ellos no existen criterios científicos que los avalen, sino valores y juicios morales, culturales o incluso políticos. Un ejemplo de ello es la pena carcelaria o castigos físicos, incluso la muerte, a los homosexuales o a las mujeres infieles en algunos países y culturas del mundo actual.

En la historia de la psiquiatría es deplorable la época de casi tres siglos (XVIII, XIX y parte del XX) en la que los diagnósticos de locura lo establecía el solo hecho de ser internado en un manicomio por un médico a petición del padre, el hermano mayor, el esposo, o incluso el suegro; o por un juzgado con criterios nada científicos como el de “locura lúcida”, o “locura moral”, o neurosis caracterizada psicoanalíticamente. Los asilos de alienados, los manicomios para locos, u hospitales psiquiátricos (nombres diferentes que han recibido) fueron frecuentemente utilizados como instrumento de aislamiento social para impedir el “contagio biológico y moral” de ciudadanos sanos y honorables (Rivera, 2016). Pero su uso frecuente fue clasista, sexista y racista como ejercicio de poder de ciertos personajes para proteger su honra, su moral, o sus intereses económicos; o de plano con la clínica pretensión de apoderarse de bienes y fortunas de las mujeres o de los familiares desprotegidos (ancianos, niños, discapacitados, etc.). En el centro de estos ejercicios de poder, las nociones de normalidad y anormalidad mental jugaron un papel central.

Son dignos de recordarse dos ejemplos, uno del siglo XIX y otro del XX. El caso de Hersilie Rouy, una mujer francesa que fue internada el año 1854 en un manicomio francés por un médico enviado por su medio hermano, mayor que ella, y pasó 14 años en diferentes instituciones. El procedimiento de su internamiento fue rápido. Un día llegó a su domicilio el doctor

Pelletan, amigo personal de su hermano, y ese mismo día la diagnosticó y la recluyó en el manicomio, pese a las protestas de la mujer. Ella escribió sus memorias entre 1870 y 1880 de lo que padeció en diversas instituciones francesas: el maltrato, las vejaciones, los golpes, los tratamientos inhumanos, etc. Dichas memorias se publicaron gracias a Édouard LeNormant des Varannes y su esposa en 1883, dos años después de su muerte. Ellos le ayudaron en su demanda contra el Estado y su hermano, contribuyendo a que saliera del manicomio. La mujer siempre argumentó que no estaba loca, que su nombre institucional había sido cambiado, y que se cometía una injusticia legal basada en la Ley de alienados francesa de 1838. Como era seguidora del espiritismo y del magnetismo animal (de moda durante mucho tiempo en Europa y en Francia en particular) se consideró por los médicos que esas creencias eran síntomas de su enfermedad mental, aunque muchos intelectuales, políticos, médicos, empresarios y miembros de la realeza tuvieran las mismas creencias, pero no eran considerados enfermos mentales. Sus quejas constantes durante su internamiento fueron interpretadas por el dr. U. Trelat como “locura lúcida” y con base en ese caso, publicó un libro sobre dicha categoría “clínica” en 1861 basado en la señora Rouy. En la categorización clínica de ese médico, los enfermos mentales lúcidos estaban conformados por los sátiros, las ninfómanas, los celosos, los alcohólicos, los orgullosos, los malos, los cleptómanos (Linares, introducción en Rouy, 2015, p. 10). Clasificó a Hersilie como demente lúcida del tipo “orgullosa”, toda vez que entre más argumentaba con lógica y segura de sí misma sobre su injusta reclusión, más evidenciaba, para los médicos, signos indudables de su “locura lúcida o razonante”.

El otro ejemplo fue la clasificación médica de “locura” que se utilizó frecuentemente en México. En septiembre de 1910, Porfirio Díaz inauguró el Manicomio General “La Castañeda”, simplificado popularmente como “La Castañeda”. Era el manicomio más moderno de la época, y representó el tránsito de instituciones de custodia y caridad a las de terapia y corrección (Rivera, 2016). Sin embargo, su modernidad incluía los criterios psiquiátricos de esos años, entre ellos el de “locura moral”. Ocurría en nuestro país lo mismo que en todas las instituciones psiquiátricas del mundo de esa época: los varones de la familia (padre, hermano, abuelo, esposo, suegro) podía internar a las mujeres en un manicomio con solo solicitar el juicio de un médico varón. Al igual que en el mundo entero, los criterios machistas y patriarcales de dominio y control de las mujeres de la familia era absoluto, y fue utilizado cuando convenía así a los intereses de los hombres, como cuando se querían casar con otra mujer, o apoderarse de los bienes y fortuna de la esposa, o simplemente porque consideraban mancillado su honor o el de la familia. El concepto de locura moral fue establecido por el médico Pichard, un francés, en 1837. Entraban en él las prostitutas, las mujeres del hogar que tenían amantes (esposas, hermanas, o sus madres), las indómitas y libres que se enfrentaban a sus padres, hermanos o maridos; o las que cometían adulterio, las lesbianas, las alcohólicas, las vagabundas, etc. El criterio de locura moral también afectaba a los hombres, frecuentemente a los pobres: alcohólicos, ladrones, promiscuos, homosexuales, etc., (Rivera, 2016).

Estos ejemplos son solo dos de muchos en los que sesgos socioculturales, ideológicos, religiosos y morales determinaban la normalidad, la anormalidad y la enfermedad de la salud mental, pero sin fundamentos científicos demostrables de trastornos o patologías. Ejemplifican también, que la categorización y explicación de esos síntomas (quejas subjetivas del paciente) o signos (manifestaciones físicas de un trastorno) se apoyan en un marco teórico y clínico específico, aunque no siempre científico. Durante el siglo XIX y parte del XX aún predominaban en los diagnósticos médico-psicológicos pseudociencias como la frenología, la fisiognomía, y la grafología en combinación con la “teoría de la degeneración” establecida por Benedict Agustín Morel (1809-1873) y Valentín Magnan (1835-1916), ambos médicos franceses. Esa teoría asumía que la locura era degenerativa y hereditaria (Rivera, 2016, p. 78). La historia de La Castañeda en México no fue muy diferente de otros manicomios e instituciones psiquiátricas Iberoamericanas (Ríos y Ruperthuz, 2022). En ocasiones, los diagnósticos con pacientes psiquiátricos reclusos se convirtieron en ciertos lugares en un espectáculo. Quizás los casos más famosos son los tratados por Jean-Martin Charcot (1825-1893) en sus sesiones públicas en las que hipnotizaba a pacientes femeninas “histéricas”. Charcot descubrió, entre muchos padecimientos, que la histeria también se daba en hombres (Pérez-Rincón, 1998). Fue precisamente con él con quien estudió Sigmund Freud, quien se llevó sus nociones sobre la histeria (concebida como neurosis) a Viena en 1886, y en una presentación en la Sociedad Médica sobre lo que había aprendido con Charcot, al hablar de la histeria en hombres, fue cuestionado. Freud lo cuenta así: “...un viejo cirujano, me espetó directamente: ‘Pero colega, ¿cómo puede usted decir tales disparates? *Hysterion* (*¡sic!*) significa ‘útero’. ¿Cómo podría ser histérico un varón?’ ...Poco después se me cerró el acceso al laboratorio de anatomía cerebral...entonces me retiré de la vida académica...” (Freud, 1925 [1924], p. 15).

El tercer criterio de normalidad y anormalidad psíquica se obtiene a partir de marcadores biológicos (neurobiológicos, de biología molecular, genéticos, fisiológicos, neurofisiológicos, etc.) obtenidos por análisis de laboratorio específicos que algún profesional de la salud solicita a partir de los primeros contactos con el paciente. Por lo general están cuantificados, o se evidencian en imágenes y gráficas en los que se establecen los rangos de normalidad y anormalidad (Pérez-Gómez, Junqué, Mercader, y Berenguer, 2000; Romero, Ghis, Mazzuco, y Temak, 2007; Rosales, 2003). Actualmente, las dos clasificaciones internacionales de trastornos o enfermedades mentales, el de *American Psychiatric Association* (APA) (2014)- DSM-5 utilizado en la psicología y psiquiatría, y el CIE-10 utilizado por la Organización Mundial de la Salud (2007), tienden a buscar marcadores biológicos que apoyen sus clasificaciones diagnósticas.

Estas tres formas de establecer la anormalidad y normalidad psíquica, mental, cognitiva o conductual han cometido el error, en mayor o menor medida, en considerar a los que no son como la mayoría, a los que son diferentes o atípicos, como enfermos, y, por tanto, sujetos a internamiento o a tratamiento de cualquier tipo psiquiátrico y/o farmacológico. El caso paradigmático que ilustra este error es el tratamiento de la

homosexualidad (Peidro, 2021). Tratada durante muchos siglos ya como problema moral, y por tanto asunto del poder público, o como enfermedad, asunto del poder médico, la homosexualidad fue tipificada como trastorno mental desde el origen del DSM 1 en 1952, por cierto, muy influido por el psicoanálisis. Este Manual fue una variante del CIE-6 de la OMS. EN 1974, segundo DSM, se cambió la noción de trastorno por el de “perturbación de la orientación sexual”. Fue en 1990 cuando la OMS excluyó a la homosexualidad de su “Clasificación” de enfermedades, y en su CIE-10 la eliminó de sus manuales. A pesar de lo anterior, aun cuando tardíamente la ONU, a través de la OMS, estableció en diciembre de 1991 la resolución 46/119 sobre los principios para la protección de los enfermos mentales, donde finalmente eliminaba y condenaba cualquier diagnóstico que se basara en la “falta de valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona” (ONU, 1991: s/p; citado en Peidro, 2021, p. 223), no se ha podido evitar que los valores de los médicos, de psicólogos y de psiquiatras influyan en las grandes taxonomías clínicas de *normal*, *anormal*, y en las que suele considerarse como sinónimos la *perturbación*, *el padecimiento*, *el trastorno*, y la *patología* en que se basa el diagnóstico de la salud mental. Sin embargo, no lo son.

OTRA TAXONOMÍA CLÍNICA: ESPECTRO DE LA NORMALIDAD-ENFERMEDAD PSÍQUICA

Entenderemos por “taxonomía” a la clasificación, ordenación y denominación de cosas o entes o procesos que tienen unas características en común. Proponemos una para dar cuenta del espectro normalidad-enfermedad psíquica (Cuadro 1).

Toda taxonomía implica ordenación y jerarquía de sus “taxones” (las categorías sistemáticas de clasificación). Los taxones que proponemos son parte de un continuo en un espectro que transita por *normal*, *anormal*, *perturbación*, *trastorno*, *patología*, *incompatibilidad evolutiva*, *padecimiento*, y *enfermedad*. Los taxones del espectro se aplican a cualquier entidad clínica-semiológica específica e independiente, como las clasificadas en el DSM-5 o el CIE-10 o cualquier clasificación clínica en la neuropsicología y la psicopedagogía, pero ellos mismos no son una entidad clínica específica. Los taxones del espectro de normalidad-enfermedad psíquica que se muestra esquemáticamente en el cuadro 1, se inician con la noción de normalidad.

LA NORMALIDAD Y ANORMALIDAD PSÍQUICA: INDIVIDUAL Y POBLACIONAL

La normalidad psíquica humana consiste en la variabilidad conductual (praxias), cognitiva (conocimiento y aprendizaje) y emocional (afectos, necesidades y motivos) que un individuo despliega cuando pretende alcanzar un objetivo consciente y voluntariamente determinado. El individuo no sólo formula o identifica semióticamente su objetivo, sino que tiene diferentes motivos que lo impulsan a su realización haciendo uso de múltiples formas o rutas posibles para alcanzar la meta propuesta. Debemos distinguir la realización terminada (lo hizo o no lo hizo), de los caminos o rutas o formas posibles de alcanzarla. Esta distinción cobra suma importancia en

CUADRO 1. Esquema general del espectro normal-enfermedad psíquica.

Espectro de taxones	Reporte y confirmación de signos y síntomas
Normal Anormal estadísticamente Perturbación	Me siento padeciendo algo y/o enfermo. No hay signos ni síntomas objetivos; responde a creencias, sugerencias, convicciones y cae bajo el efecto placebo. Desaparece al eliminar el placebo. Lo anormal estadísticamente no es necesariamente enfermedad, trastorno o patología.
Anormal a sí mismo; Trastorno; Patología; Incompatibilidad evolutiva	Me sé padeciendo algo, y/o enfermo de algo. Hay signos y síntomas objetivos y verificables por estudios de laboratorio o maniobras experimentales, o farmacológicas. No desaparece cuando se elimina el placebo. Toda enfermedad ubica al individuo fuera de la norma estadística.

la valoración clínica de los individuos y permite distinguir la normalidad con respecto a sí mismo, de la normalidad con respecto a una población. Esta última es la utilizada en la psicometría, o en los juicios de “normalidad-anormalidad” basados en las prácticas socioculturales de diferentes grupos sociales, ya sean etarios, de sexo-género, de regiones geográficas distintas, de lenguas y estilos sociolingüísticos, de clase social, de poder, de actividad laboral y productiva. Los juicios de normalidad-anormalidad son uno de los universales semióticos culturales que hemos identificado en toda sociedad humana (Escotto-Córdova, 2020), pero no todos tienen fundamento científico.

En consecuencia, **la anormalidad psíquica** es toda restricción, limitación o pérdida de la variabilidad para alcanzar de distintas maneras un mismo objetivo. También es individual y poblacional. Este cambio, estas restricciones o limitaciones las detecta inicialmente cada persona y le generan perturbación, preocupación o sufrimiento al padecerlas. Eso las distingue de cualquier otro cambio que se tiene durante la vida, ya no se es como se era antes y se sufre por ello. Por su parte, la anormalidad poblacional solo hace referencia a que un individuo no responde las tareas de los test psicométricos, o no alcanza los puntajes considerados “normales” dentro de la variabilidad estadística permitida.

Las manifestaciones objetivas de normalidad (la variabilidad de las formas y medios para alcanzar un objetivo) tienen dos criterios: uno individual y otro poblacional.

En el individual, la variabilidad en la realización de un objetivo en un momento dado se compara con la variabilidad que se tuvo en otro momento, esta variabilidad la hace el sujeto por sí mismo o a petición de otra persona, por ejemplo, un profesional clínico. Es una comparación consigo mismo. Toda persona identifica los cambios que ha presentado, y, a la vez, cuáles de esos cambios le generan algún tipo de preocupación, malestar, o signos y síntomas de trastorno o patología. La conciencia de estos cambios lo lleva a padecer y sentirse enfermo.

Esta comparación consigo mismo es susceptible de influirse por las creencias¹, los rituales culturales, sugerencias, o ante placebos con sus respectivos “efecto placebo” (sentirse bien o curado) o “efecto nocebo” (sentirse mal o enfermo) (Evans, 2010). Cuando este es el caso, pueden desaparecer los malestares mediante hipnosis, pero no hay cura real si los síntomas son la manifestación de un proceso objetivo de alguna patología o trastorno subyacente.

Pese a esta susceptibilidad a las creencias, es el primer criterio de normalidad-anormalidad objetivo con el que nos enfrentamos en la práctica clínica, toda vez que la persona acude a un profesional precisamente porque siente cambios en su persona, tiene quejas, malestares, o padece y sufre de algo; ya no se siente igual que antes. Si alguien puede notar oportunamente cambios físicos o psicológicos somos los individuos cuando los comparamos con nuestra “normalidad” relativa de otros momentos. Es un criterio objetivo de algún cambio, que se expresa como detección subjetiva. Debe ser tomado muy en serio y evitar rechazarlo apresuradamente como producto de creencias o sugerencias. Una minuciosa entrevista clínica que precise en qué consisten esos cambios que la persona reporta puede significar un diagnóstico inicial, pero certero; oportuno y objetivo, que posteriormente deberá confirmarse con otros procedimientos. Este criterio de normalidad es válido para la salud física en general, pero es

¹ Distinguimos creencias de convicciones. Las **creencias** son juicios, afirmaciones o explicaciones cuya certeza nunca se cuestiona, ni se verifica, simplemente se asume como verdad. Nos resistente a contrargumentos, o a evidencia empírica que las refuta. Su forma más extrema son los fanatismos de cualquier modalidad, sean religiosos, políticos o de teorías conspiratorias. En este punto suelen aparecer casi como delirios clínicos, o enmascararlos. Las **convicciones** también son juicios, afirmaciones o explicaciones, pero cuya certeza siempre está en vigilancia epistemológica, siempre se está buscando confirmar su certeza y validez empírica. Son susceptibles de modificarse ante contraargumentos y frente a la evidencia empírica. Las creencias y las convicciones suelen confundirse porque las personas se guían tenazmente por ellas, incluso pueden dar la vida por ellas, o provocar la muerte de otros al tratar de realizarlas.

más importante, aunque sutil, con respecto a la normalidad o anormalidad psicológica; expresa síntomas (quejas subjetivas) sin signos (evidencia física objetiva).

En tanto que su peculiar criterio de comparación consigo mismo (“algo me pasa”, “ya no soy como era antes”, “antes podía hacer tal o cual cosa, ahora no”, etc.) lo hace susceptible de influencias socioculturales, de sugestión o presión social, moldeable por diversas creencias o convicciones. Permite, a la vez, utilizar a la hipnosis como maniobra experimental de confirmación, ya sea del carácter sugestionable de los síntomas, o de su carácter objetivo como manifestación subjetiva de una patología subyacente.

Distinguimos “experimento” de “maniobra experimental”. Ambos comparten lo esencial: se cambia, se modifica, se transforma el fenómeno de estudio, ya sea por poner, quitar, suprimir físicamente, o modificar las variables implicadas en la determinación causal del fenómeno. Pero se diferencian en que en el experimento se controlan muchas otras variables, además la muestra elegida suele ser aleatoria, y se registran, miden y cuantifican los cambios y variables con instrumentos. En cambio, en las maniobras experimentales no ocurren esos controles; tampoco se tiene una muestra poblacional ni se elige aleatoriamente al sujeto, pues éste llega a consulta por sí mismo o es llevado por sus familiares; por lo general tampoco se cuantifica o mide el fenómeno, aunque es de mayor precisión clínica para identificar los cambios cuando es posible hacerlo. Las maniobras son cambios sistemáticos, variaciones que el clínico realiza o induce en la actividad del sujeto en cada sesión clínica, ya sea al ponerle tareas específicas que se modifican según las circunstancias de su realización por el paciente (cómo lo hace, qué errores comete, de qué se percata, de qué no se da cuenta, cómo se corrige, etc.), ya sea que se le recomiendan para ejecutarse en casa y se solicita el reporte de los familiares, o ya sea cuando se analiza minuciosamente la cotidianidad del paciente con ayuda de él y sus familiares. Las maniobras experimentales aplicadas en el proceso del análisis síndromico son la herramienta principal del diagnóstico cualitativo, propiamente clínico de lo psicológico en un individuo (Escotto *et al.*, 2022). La maniobra experimental no se puede realizar cuando analizamos la normalidad poblacional con instrumentos psicométricos.

En la *normalidad poblacional*, la realización de una meta u objetivo, y su ejecución (en esta suelen establecerse parámetros para su cuantificación), se compara con la realización y ejecución promediada estadísticamente de una muestra poblacional. Esta normalidad poblacional es la psicométrica, y cuando no es por medios psicométricos está determinada por prácticas, costumbres, creencias, y valores socioculturales de la población que sirve de comparación. En psicología, psicopedagogía, neuropsicología y psiquiatría se utilizan frecuentemente los instrumentos psicométricos. Su aplicación implica cumplir un protocolo estricto, sin modificar nada de lo que las instrucciones del test indican. Lo que se mide y cuantifica con los test son **parámetros asignados a ciertas tareas que conforman la prueba**. Dichos parámetros se normalizan y estandarizan con procedimientos rigurosos de estadística y matemáticas. El dato que arrojan es qué tanto se acerca o se aleja la ejecución de dichas tareas que realiza un

individuo concreto, supuestamente de la misma población, de la media o ciertas desviaciones estándar establecidas.

El problema del uso de los instrumentos psicométricos no es matemático, ni de su construcción (suelen estar bien hechos los más famosos). Su problema es clínico, teórico y epistemológico. Clínicamente no diagnostican nada, solo dicen que el sujeto no es como los otros o que sí lo es. Cuando no lo es, los usuarios caen en el error de creer que estar fuera de la norma es necesaria e indubitadamente tener una patología, o un trastorno o una enfermedad, lo que es falso. No logran distinguir que, si toda enfermedad ubica a la persona fuera de la norma poblacional, al revés no es cierto. No toda persona fuera de la norma está enfermo, o tiene una patología o trastorno. Solo es diferente, atípico, distinto a los demás. Este frecuente error ha sido el fundamento “cuantitativo” del racismo, del sexismo, y del clasismo basado en los test psicométricos. Teóricamente, se atribuyen procesos psicológicos específicos al conjunto de las tareas elegidas, por ejemplo, se dice que evalúan la “memoria y la atención”, o “las funciones ejecutivas”, o “los signos blandos”, o “la inteligencia”, etc. No presentan la mínima reflexión teórica de esas tareas. No captan que en su ejecución siempre están presentes prácticamente todos los procesos psicológicos, toda vez que no es posible evaluar ninguno de ellos aisladamente, es decir, sin que estén presentes también la atención, la motivación, las funciones ejecutivas, el lenguaje, la conciencia, la memoria, etc. Finalmente, su error epistemológico consiste en que no aportan nada al usuario que le ayude a ejercer vigilancia epistemológica en la aplicación del instrumento psicométrico. Esta consiste en un conjunto de preguntas acerca de cómo se conoce el fenómeno de estudio. En este caso, comienza con la pregunta ¿cómo sé que los números promediados que arrojan los test psicométricos evalúan lo que dicen evaluar?, ¿cómo se define cada proceso del que hablan?, ¿cómo confirmamos empíricamente, y por otros medios, que los números sustituyen a los síntomas y signos, o que son su equivalente objetivo?, etc.

Tanto la normalidad-anormalidad individual o poblacional permiten definir y analizar sus interacciones, de las otras categorías del espectro taxonómico. Lo primero que hay que considerar es que todo cambio que un individuo siente, o percibe, o registra en sí mismo, y que le genera alguna preocupación y sufrimiento, es ya un **padecimiento**. Otra cosa será su gravedad y manifestaciones objetivas, las cuales analizaremos al final del artículo. El más leve padecimiento se inicia con la perturbación.

Entendemos por **perturbación** al cambio o alteración que un sujeto percibe en sí mismo, o que otras personas percibe y registran en él, comparándolo a como era antes de ese cambio. Lo distintivo de la perturbación es que el individuo mantiene la variabilidad de las formas de regular su actividad en su vida cotidiana, aunque note y perciba un cambio en ellas. Esta característica la distingue del trastorno, la patología y la incompatibilidad evolutiva. En todas estas, siempre hay anormalidad individual y poblacional.

El trastorno es cualquier cambio o alteración, súbito o gradual, agudo, transitorio, permanente, o que puede llevar a la muerte,

de una o más formas de regular la actividad que se evidencian en las limitaciones, o restricciones, o pérdida de la variabilidad para alcanzar un objetivo o realizar una tarea específica. Suele detectarlo inicialmente el individuo, aunque puede no hacerlo, pero siempre es obvio a otras personas.

La patología siempre es un trastorno, pero no todo trastorno es patológico. Consiste en cualquier cambio biológico, propiamente celular, que subyace como causa de las perturbaciones, trastornos, incompatibilidad evolutiva y en toda enfermedad confirmada. Pueden ser graduales, súbitas, agudas, crónicas, transitorias o presentar recidiva, o llevar a la muerte. Muchos trastornos patológicos producen discapacidad permanente, no solo transitoria, comparada con la incompatibilidad evolutiva, que siempre produce incapacidad y muerte prematura.

La incompatibilidad evolutiva es todo cambio genético que puede o no expresarse en el fenotipo, que haría imposible que la especie humana sobreviviera si dependiera de las personas que la padecen. Las personas que tienen esta condición genética presentan tarde o temprano en su desarrollo psicológico limitaciones, restricciones o pérdida de la variabilidad en la regulación de su actividad al realizar un objetivo o alcanzar una meta.

RELACIÓN ENTRE TAXONES Y CRITERIOS DE GRAVEDAD

Toda **patología** psíquica implica trastorno, anormalidad individual y poblacional, padecimiento y perturbación, y enfermedad, pero no al revés. Hay individuos que no se sienten enfermos ni perturbados, ni sufren o padecen. Todo **trastorno** psíquico implica perturbación, anormalidad individual y poblacional, y, por lo general, enfermedad y padecimiento. Pero no al revés. Toda **perturbación** psíquica implica anormalidad personal, en ocasiones poblacional, en algunos casos enfermedad, pero no al revés. Lo importante en estos taxones es su gravedad.

Lo esencial en la gravedad de toda perturbación, trastorno, patología e incompatibilidad evolutiva psíquica radica en la menor o mayor restricción de la variabilidad en las formas de regular la actividad. Cambios menos graves presentan más variabilidad conservada. Cambios más graves tienen menos variabilidad conservada. En las perturbaciones se altera alguna forma de realizar tal o cual tarea, pero no se suprime, ni se limitan las formas para alcanzar el objetivo.

SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA ANORMALIDAD PSÍQUICA

Lo esencial en toda evaluación de la anormalidad psíquica no es si la tarea con que se evalúa se hace o no se hace, sino si la persona puede hacerlo de otras maneras, o presenta limitaciones para ello; comparar si lo hace sin ayuda o no; con ayuda de otros; si lo hace con apoyos visuales, objetales, verbales, o ejemplos, o sin ellos. Procedimiento que Lev Vigotski llamó *zona de desarrollo actual* (lo que se puede hacer sin ayuda) y *zona de desarrollo próximo* (lo que logra hacer con apoyo), y que el neuropsicólogo A. R. Luria utilizó

como esencia de su proceder diagnóstico y de rehabilitación. Este tipo de evaluación y diagnóstico se llama cualitativo, y su fundamento teórico y procedimientos prácticos han sido explicados por un grupo de colegas en un libro electrónico publicado por la UNAM-FES Zaragoza (Escotto, Baltazar, Solovieva y Quintanar, 2022), y lo utilizamos en neuropsicología y estimulación del desarrollo infantil.

REFERENCIAS

- Ardila, A. y Bernal, B. (2007). What can be localized in the brain? Toward a "factor" theory on brain organization of cognition. *International Journal of Neuroscience*, 117, 7, 935-969.
- Ardila (2005). *Las afasias*. Universidad de Guadalajara-México.
- Akhutina, T.V. (2003). Is Agrammatism an Anomaly? *Journal of Russian and East European Psychology*, 41, 75-95.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5*. (5ª. Edición). Médica Panamericana.
- Azcoaga, J., Derman, B., y Iglesias, P. (1982). *Alteraciones del aprendizaje. Diagnóstico, fisiopatología y tratamiento*. Paidós.
- Bartram, D., & International Test Commission. (2001). International Guidelines for Test Use. *International Journal of Testing*, 1(2), 93-114. APA, American Psychological Association. International Guidelines for Test Use. http://dx.doi.org/10.1207/S15327574IJT0102_1
- Berrios, G. E. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. Fondo de Cultura Económica.
- Brickenkamp, (2009). *D2. Test de Atención*. TEA Ediciones.
- Escotto, C. E. A., Baltazar, R. A. M., Solovieva, Y., Quintanar, R. L. (2022). *El análisis cualitativo en la neuropsicología. Las limitaciones clínicas de la psicometría*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/2022/Publicaciones/libros/csociales/EI_analisis_elect_final.pdf
- Escotto-Córdova, E. A. (2020). Los universales semióticos culturales. En Jesús Silva Bautista (coord.). *La ciencia, teoría y práctica*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Evans, D. (2010). *Placebo*. Elba.
- Flores, L. J. C., Ostrosky, S. F., Lozano, G., A. (2014). *BANFE-2. Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales*. (2ª. Edición). Manual Moderno.
- Freud, S. (1925 [1924]). Presentación autobiográfica. En *Sigmund Freud. Obras Completas. Tomo XX* (pp.1-70). Amorrortu.
- González-Lázaro P., y González-Ortuño, B. (2012). *Afasia. De la teoría a la práctica*. Médica Panamericana.
- Goodglass, H., Kaplan, E. (1972). *The assessment of aphasia and related disorders*. Lea & Febiger.
- Goodglass, H., Klein, B., Carey, P. y Jones, K.J. (1973). Specific semantic word categories in aphasia. In: H. Goodglass & S. Blumstein (Eds.) *Psycholinguistics and aphasia*. (pp. 250-266). John Hopkins University.
- Gould, S. J. (2005). *La falsa medida del hombre*. Crítica.
- Hebben, N. y Milberg, W. (2011). *Fundamentos para la evaluación neuropsicológica*. Manual Moderno.

- Lawler, J. M. (1982). *El mito de la herencia y la raza*. Nuestro Tiempo.
- Llinares G. M. (2015). *Traductora y redactora de la introducción de: Hersilie Roy (1883/2015). Yo no soy la señorita Chevaliera. Memorias de una loca*. Siglo XXI.
- Luria A. R. (1980). *Fundamentos de neurolingüística*. Toray-Masson.
- Luria A. R. y Tsvetkova, L. S. (1981). *Resolución de problemas y sus trastornos*. Fontanella.
- Luria, A. R. (1947/1974). *Cerebro y lenguaje*. Fontanella. Edición en ruso con el título de Afasia traumática.
- Martínez, A. R. (2005). *Psicometría: teoría de los test psicológicos y educativos*. Síntesis Psicología.
- Muñiz, J. (1996). *Psicometría*. Editorial Universitaria.
- Nunnally J. C. y Bernstein, I. J. (1995). *Teoría psicométrica*. McGraw Hill.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2007). *Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Editorial Médica Panamericana.
- Peña-Casanova, J. (2005). *Programa Integrado de Evaluación Neuropsicológica. Test de Barcelona*. Masson.
- Pérez-Gómez, M., Junqué, C., Mercader, J. M., y Berenguer, J. (2000). Aplicaciones de la espectroscopía por resonancia magnética en el estudio de la patología cerebral. *Revista Neurología*, 30 (2), 155-160.
- Picó, A. (2019). El regreso de los estadísticos. Sobre el valor de la estadística en neuropsicología clínica. *Revista Neurología*, 68(5), 207-212. PMID: 30805919 DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.6805.2018318>
- Peidro, S. (2021). La patologización de la homosexualidad en los manuales diagnósticos y clasificaciones psiquiátricas. *Revista de Bioética y Derecho*, 52, 221-235. DOI 10.1344/rbd2021.52.31202
- Pérez-Rincón, H. (1998). *El teatro de las histéricas. De cómo Charcot descubrió, entre otras cosas que también había histéricas*. Fondo de Cultura Económica.
- Renzi, E. y Flagioni, P. (1978). Normative data and screening power of a shortened version of the token test. *Cortex*, (14), 41-49.
- Ríos, M. A. y Ruperthuz, H. M. (coords.) (2022). *De manicomios a instituciones psiquiátricas. Experiencias en Iberoamérica siglo XIX y XX*. Sílex y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivera, G. C. (2016). *La castañeda. Narrativas dolientes desde el manicomio General. México, 1910-1930*. TusQuest.
- Romero, C., Ghis, J.P., Mazzucco, J., y Ternak, A. (2007). Imágenes con tensor de difusión en resonancia magnética. *Rev Argent Neuroc*, 21, 44-99.
- Rosales, M.R. (2003). *Resonancia magnética funcional: una nueva herramienta para explorar la actividad cerebral y obtener un mapa de su corteza*. *Revista Chilena de Radiología*, 9, (2), 86-91. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082003000200008>.
- Tornimbeni, S., Pérez, E., y Olaz, F. (2014). *Introducción a la psicometría*. Paidós.
- Ovejero, B. A. (2003). *La cara oculta de los test de inteligencia. Un análisis crítico*. Biblioteca Nueva.
- Quintanar, R. y Solovieva, Y. (2002). Análisis Neuropsicológico de las Alteraciones del Lenguaje. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55 (1), 67-87.
- Quintanar-Rojas, L. (1994). *Modelos neuropsicológicos en afasiología*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Psicología.
- Vygotski, L. S. (1932/1996). El problema de la Edad. En Álvarez y del Río (Ed.). *Lev Semiónovich Vygotski. Obras Escogidas, Tomo IV. Psicología infantil*. (pp. 249-412). Aprendizaje Visor.
- _____. (1929/1997). Tesis fundamentales del plan para el trabajo paidológico de investigación en el campo de la infancia difícil. En Álvarez y del Río (Ed.). *Lev Semiónovich Vygotski. Obras Escogidas, tomo V. Fundamentos de defectología* (pp. 203-211). Aprendizaje Visor.

Diseño de material didáctico en sistema dual para la orientación alimentaria en niños y jóvenes con discapacidad visual: una reflexión teórica

Didactic material design in a dual system for dietary guidance in children and young people with visual disabilities: a theoretical reflection

MARÍA FERNANDA PEDRAZA ESCALANTE*
ANDRÉS MÉNDEZ PALACIOS-MACEDO**

RESUMEN: En México se estima que hay 2 millones 237 mil personas con discapacidad visual y más de 415 mil 800 personas con ceguera. El objetivo de este texto es discutir los componentes teóricos y prácticos de un nuevo diseño de materiales didácticos, realizados en sistema dual desde una perspectiva nutricional, relacionándolo con el contexto actual de desigualdad social y exclusión para personas con discapacidad visual. Esta herramienta podrá brindar información de valor para la orientación alimentaria a jóvenes con discapacidad visual o baja visión, quienes han sido desprovistos de materiales didácticos y en donde las enfermedades metabólicas pueden estar presentes desde etapas tempranas de la vida. Conclusiones: El desarrollo de materiales didácticos para poblaciones con alguna discapacidad, no sólo les permite desarrollar estrategias para evitar, controlar o superar enfermedades metabólicas, sino que también contribuye con la disminución de brechas en la desigualdad del acceso a la información en alimentación y salud.

Palabras clave: material didáctico, discapacidad visual, alimentación, infancia, adolescencia, vulnerabilidad..

ABSTRACT: In Mexico it is estimated that there are 2, 237 thousand people with visual impairment and more than 415,800 people with blindness. The objective of this text is to discuss the theoretical and practical components of a new design of teaching aids, developed by dual system from a nutritional perspective, relating it to the current context of social inequity and exclusion for visually impaired people. This tool will be able to provide valuable information for dietary guidance to young people with visual impairment or low vision, who have been deprived of didactic materials and where metabolic diseases may be present from early stages of life. Conclusions: The development of didactic materials for populations with disabilities not only allows them to develop strategies to avoid, control or overcome metabolic diseases, but also contributes to the reduction of gaps in the inequality of access to information on food and health.

Keywords: visual impairment, teaching aid, nutrition, childhood, adolescence, vulnerability.

*Universidad Justo Sierra, Plantel Acueducto;

**Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina.
Correo electrónico: mfpedraza@ujsierra.com.mx

Recepción: 28-08-2022.

Primeras correcciones: 15-01-2023.

Aceptación final: 18-03-2023.

INTRODUCCIÓN

Se estima que la prevalencia nacional de ceguera en México varía entre 0.4 y 1.5%, asimismo la deficiencia visual se presenta entre 2.4 y 7.0% de la población (INEGI, 2020); esto significa que hay cerca de 2.7 millones de mexicanos en esta condición (INEGI, 2020). De acuerdo con la Encuesta Nacional Sobre la Discriminación (INEGI, 2017), las personas con cualquier tipo de discapacidad deben salvar importantes brechas en materias socioeconómicas, educativas y laborales con relación a la población que no padece ningún tipo de discapacidad. El panorama nutricional en la infancia contribuye con estas brechas, pues se estima que, en la etapa escolar, más de 35% de niños y niñas presentan sobrepeso u obesidad y 21% anemia (INSP, 2018), por lo que se puede considerar que para 2019, cinco de cada diez escolares enfrentaron un problema nutricional.

La malnutrición y la discapacidad son dos condiciones que acentúan las inequidades, desigualdades y la discriminación entre las personas. Es por ello que, desde la infancia, las personas con discapacidad visual no sólo deben enfrentar importantes retos para procurarse un estado nutricional adecuado, sino que, al mismo tiempo, sortean desigualdades socioeconómicas y culturales para satisfacer esta necesidad (INEGI, 2017).

En aras de atender la malnutrición, se ha considerado a la educación alimentaria como una estrategia fundamental, sin embargo, la disponibilidad y acceso a guías y libros con información nutricional es muy limitada, más aún considerando que su contenido debe estar adaptado y se requiere desarrollar con métodos pedagógicos adecuados para este grupo poblacional. Cabe señalar que el uso del sistema de lectoescritura Braille, si bien se ha implementado cada día más, en los libros relacionados con la educación nutricional es muy escaso en los países latinoamericanos (Pezzarossi, 2009).

El grupo de escolares requiere de un apoyo particular, así como de la estimulación temprana para poder desarrollar sus habilidades, de tal forma que se pueda compensar el aprovechamiento, que, en condiciones de visión normal, puede asimilar hasta 80% de la información que recibe el ser humano (Aquino y García, 2012).

Los materiales didácticos pueden solventar la necesidad de recursos educativos para la población escolar, específicamente aquellos diseñados de acuerdo con las características físicas, sociales y culturales de la población. Con base en ello, se elaboró un equipo didáctico constituido por dos materiales pedagógicos con fundamento dual (sistema de lecto-escritura Braille y estímulos hápticos): el primero, un libro en Braille para los escolares de 5 a 9 años y que incluye recursos adicionales hápticos con la finalidad de integrar varios materiales para facilitar el aprendizaje significativo. El segundo recurso es otro libro en sistema Braille diseñado para la etapa de la adolescencia (10 a 18 años) desarrollado a través de la selección de temas estratégicos de información nutricional sobre los diferentes grupos de alimentos de acuerdo con el

Sistema Mexicano de Equivalentes. En este se integraron figuras impresas en tecnología de tercera dimensión, que complementan la información háptica (Cifuentes, 2019).

La propuesta del equipo didáctico es que, a partir de éste, los escolares puedan construir realidades partiendo de los principios de la Nutrición, es decir, que no sólo les sea útil para llevar a cabo una alimentación adecuada, sino que puedan aprehender la realidad de una forma más consciente y saludable, con miras a lograr una mayor autonomía alimentaria entre la infancia y la juventud con discapacidad visual.

El desarrollo del equipo didáctico se fundamentó en las teorías pedagógicas constructivistas, dado que el material facilita la estructuración de relaciones cognitivo-sensoperceptuales, fomenta el desarrollo de aprendizajes significativos en donde se integran los conocimientos por medio del tacto y la audición y puede favorecer a las relaciones intra e interpersonales en escenarios académicos diversos (Solórzano y Batista, 2021). Asimismo, se consideró a la Teoría Sociocultural de Lev Vygotsky como eje teórico del proyecto, puesto que el material puede ser un elemento central para la generación de una zona de desarrollo próximo (ZDP) entre las infancias con ceguera, su entorno inmediato familiar y los procesos de enseñanza-aprendizaje (Chaves-Salas, 2001; Quispe-Becerra, 2022).

En el presente texto, se buscó discutir los componentes teóricos y prácticos del diseño del equipo material didáctico dual, relacionándolo con el contexto actual para que no sólo se mantenga cercano a la realidad de las personas, sino que, a través de ello, se puedan plantear nuevas posibilidades con relación al deseo de conocer y mejorar sus hábitos de alimentación, y, por tanto, de aprender y aplicar esos conocimientos. La articulación de la discusión busca responder la pregunta: ¿puede el diseño de materiales didácticos en sistema dual contribuir con un mejor acceso a la información nutricional para infancias y adolescencias?

DEFINICIONES CONCEPTUALES

La discapacidad existe cuando la persona tiene habilidades limitadas en relación con alguna función o sentido del cuerpo, por lo que se hará referencia en todo momento a la discapacidad visual entre la población blanco (OMS, 2018). Específicamente se considera discapacidad visual cuando alguno de los siguientes aspectos está comprometido: la agudeza visual, el campo visual, la visión cromática, el contraste y la funcionalidad visual, así como alguna alteración anatomofisiológica revelada por exploración neurológica (Alberti y Romero, 2010).

Para Barraga (1986), existen cuatro clasificaciones: la primera, los ciegos, quienes no perciben algo salvo la luz; ciegos parciales o individuos con capacidad visual para percibir sombras o ciertos colores; personas con baja visión, a quienes presentan un resto visual que les permite ver objetos a poca distancia y quienes utilizan la visión acompañada del tacto y personas con limitaciones visuales, aquellas que necesitan ayudas ópticas. Por último, se puede considerar como parte del mismo grupo a las personas con debilidad visual aquellas que presentan alguna de las siguientes manifestaciones: ven

puntos blancos, oscuros, tener visión borrosa o ver doble (astigmatismo).

La discapacidad visual en la infancia tiene multiplicidad etiológica, no obstante, destacan como principales causas la retinopatía del prematuro (Escárcega-Servín, Pérez-Pérez, Lansingh, y Lopez-Star, 2019), la catarata y el glaucoma congénito primario (GCP), siendo estas últimas presentes en casos esporádicos sin agregación familiar, aunque existen para ciertas poblaciones algunos preconditionantes genéticos (Cortés-González y Villanueva-Mendoza, 2015).

En un sentido estrictamente biomédico y desde la perspectiva individual, la discapacidad visual es una condición que vulnera a los niños y los jóvenes, ya que su capacidad de actuar e interactuar en el mundo se encuentra biológicamente menoscabada. Sin embargo, se debe reconocer que este grupo también enfrenta exclusión y desigualdades en la forma en que satisfacen sus necesidades, lo cual merma su capacidad de tomar decisiones autónomas y ante las cuales, no se garantiza la protección de sus derechos humanos fundamentales (Kottow, 2011).

Aunado a esto, se debe considerar que la expresión del estado de nutrición, tanto en términos de desnutrición como de sobrepeso y obesidad, es resultado no sólo de patrones dietarios deficientes o excesivos en el aporte de nutrimentos, sino de la inseguridad alimentaria, condicionada por la inoperatividad del sistema alimentario local (Osorio y cols., 2017). Este escenario sitúa a la malnutrición como un fenómeno relacionado tanto con procesos comunitarios familiares, como con aquellos de índole macroeconómica y política (Quevedo-Bolívar, 2019).

En este sentido, la malnutrición se imbrica tanto en la vulnerabilidad de las personas, en el sentido en que tendrán mayor dificultad por superar de forma individual y familiar los retos de la falta de acceso y disponibilidad a los alimentos adecuados, como en la forma en que los efectos de la inseguridad alimentaria podrán tener una mayor incidencia en la vulneración social de este grupo. Se comprende como vulnerabilidad social a la imposibilidad entre las personas y los hogares que los conforman, para controlar las fuerzas que inciden en su bienestar, comprendiendo que la satisfacción de sus componentes se encuentra limitada o ceñida tanto por el mercado, el Estado y la sociedad (Katzman, 2000). Con relación a esto, la expresión de la vulnerabilidad social en la dimensión orgánica del individuo, se traduce en escenarios de incapacidad o limitación para afrontar las agresiones del medio (Kottow, 2011; Ponte, 2008) que pueden conducir a la presencia, reticencia o agudización de estadios patológicos (Laurell, 1981).

La educación para la salud (EpS), puede por tanto erigirse como una estrategia fundamental para contrarrestar, evitar o subsanar los efectos de la vulneración a los derechos de las personas con discapacidad visual, tanto en el ámbito educativo como el alimentario. Se entiende por EpS como un esfuerzo de la Salud Pública para proporcionar conocimientos relativos al mantenimiento y la promoción de la salud, a partir de estrategias de enseñanza-aprendizaje debidamente planificadas y programadas que, mediante el intercambio y

análisis de información y experiencias, permitan desarrollar habilidades y modificar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual y colectiva (Valadéz-Figueroa, Villaseñor-Farías y Alfaro, 2004; Secretaría de Salud, 2013).

En el marco de la EpS, la educación alimentaria es el conjunto de estrategias educativas en donde la alimentación, comprendida como proceso social complejo, es el objeto de los procesos de enseñanza-aprendizaje, mismos que deben realizarse de forma autónoma y crítica y en donde la posibilidad de resolver problemas relacionados con la nutrición y la alimentación sea al mismo tiempo contextualizada y propicie la cohesión social del grupo al que va dirigida (Zafra-Aparici, 2017). De acuerdo a la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO, por sus siglas en inglés), los objetivos de la Educación Nutricional son lograr una alimentación saludable y la alfabetización nutricional, ya que gran parte de los problemas nutricionales pueden resolverse a partir de la modificación de prácticas (FAO, 2011).

Dentro de esta misma rama, la orientación alimentaria se define como un conjunto de *acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, tendiente a desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos y la alimentación para favorecer la adopción de una dieta correcta en el ámbito individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales* (Secretaría de Salud, 2013, p. 9).

Tanto que, por dieta correcta, la Norma Oficial Mexicana 043-SSA2-2012, la define como aquella que *cumple con las siguientes características: completa, equilibrada, inocua, suficiente, variada y adecuada* (Secretaría de Salud, 2013, p.6). Donde los conceptos anteriores se definen a su vez como completa, cuando contenga todos los nutrimentos; equilibrada cuando los nutrimentos guardan proporciones apropiadas entre sí; inocua en tanto que su consumo habitual no implica riesgos para la salud; suficiente si cubre las necesidades de todos los nutrimentos; variada entre una comida y otra, incluyendo alimentos diferentes de cada grupo y adecuada cuando está acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características (Secretaría de Salud, 2013).

El material didáctico no sólo es un recurso elemental de la educación alimentaria, sino también una herramienta que coadyuva en librar el rezago histórico en el que las personas con discapacidad visual viven a propósito de que la sociedad y el Estado, no les han para el desarrollo de programas de educación (Garay-Ordoñez y Mendoza-Carhuancho, 2019) o nutrición.

Se entiende por material didáctico a cualquier herramienta pedagógica que expresa la organización de los procesos de enseñanza-aprendizaje y proporciona la transferencia de conocimientos a través de la comunicación entre facilitadores y educandos por medio de la comunicación y la creación de espacios para la interacción cognitiva (Assis y Gimenes da Cruz, 2007).

Para una población con discapacidad visual, específicamente en niños y jóvenes, el material didáctico debe contemplar un diseño en donde el sistema Braille y los estímulos hápticos sean los principales vehículos para la transmisión de la información.

El Braille se puede entender como un código para conocer el mundo, el cual requiere de experiencias sensoriales. Desarrollar el contacto háptico a la par que se aprende el Braille (Gastón y Comisión Braille Española, 2017). La percepción háptica es aquella que involucra tanto la percepción táctil como la percepción kinestésica; la primera vinculada con la información del sistema sensorial cutáneo y la segunda, como aquella en donde los músculos y tendones son los principales receptores de estímulos de movimiento. La información conjunta propicia al perceptor de información válida sobre el objeto con el que interactúa (Ballesteros, 1993).

El sistema Braille, también conocido como cecografía o alfabeto Braille, fue ideado por el francés Louis Braille que fue un pedagogo y músico que diseñó el sistema de lectura y escritura táctil a mediados del siglo XIX, para personas con discapacidad visual. El objetivo del sistema es que las personas con discapacidad visual puedan, a través de la exploración táctil de un conjunto de puntos en relieve en distintas posiciones marcados sobre celdas, interpretar letras del alfabeto y signos de puntuación (Simón, Ochaíta y Huertas, 1995).

En México, la aparición de este sistema data de 1870, cuando se funda la Escuela Nacional para Ciegos. Desde entonces, se ha impulsado paulatinamente su desarrollo para que las personas con discapacidad visual tengan acceso a la información y comunicación escrita. En 1966, la Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos (CONALITEG) produjo libros en Braille y en macrotipo, es decir, con diseño y letras en formato con tipo de letra grande y en 2013, se imprimieron los primeros libros en Braille para secundaria (Gobierno de México, 2019).

Tanto el sistema Braille como los recursos hápticos son fundamentales para que los niños y jóvenes con discapacidad visual, puedan relacionar los estímulos provenientes del material didáctico con el mundo que les rodea, haciendo de la experiencia educativa, integral (Ballesteros, Bardisa, Reales y Muñiz, 2003).

De acuerdo con la Teoría Sociocultural de Vygotsky, los seres humanos nos apropiamos de los signos que forman el entramado semiológico de nuestra cultura a través de la educación (Chaves-Salas, 2001), sin embargo, para las personas con ceguera, existe una limitación en el acceso a este sistema, a propósito de que los códigos visuales no son perceptibles y que la educación no siempre está a su alcance. El Braille, pues opera como el código de vinculación con el sistema semiológico, la persona y su contexto, al ser el medio por el cual se identifican palabras y imbrican con conceptos (Quispe-Becerra, 2022). Por tanto, el desarrollo de la capacidad de lecto-escritura, contribuye con la aprehensión de la cultura.

Por otra parte, el diseño de materiales hápticos está relacionado con la búsqueda por impulsar el descubrimiento y la exploración a través del estímulo de los sentidos, los cuales desde la perspectiva constructivista, detonarán la asociaciones cognitivas tanto con los nuevos aprendizajes como con los conocimientos previos (Solórzano y Batista, 2021). Sentir una textura y escuchar los crujidos de los materiales genera experiencias sensoriales que pueden imbricarse con el desarrollo de habilidades para la selección y conocimiento de los alimentos.

No obstante, la implementación de diseños duales no sólo posibilita la aplicación de los materiales didácticos para un más amplio espectro de personas con discapacidad visual, sino que también fomenta (y requiere) la generación de comunidades educativas. Las infancias y adolescencias con ceguera pueden interrelacionarse a partir de los materiales didácticos, generando zonas de desarrollo próximo (Chaves-Salas, 2001) mediante los retos que implica la información nutricional y a propósito del acompañamiento de pares, familiares o docentes.

DESARROLLO

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica estima que 6.3% de la población, vive con alguna discapacidad (INEGI, 2018), lo cual representó para 2020 a 6,179,890 personas (INEGI, 2020). Dicha condición se concentra en mujeres (54.7% contra 45.3% en hombres respecto al total de personas en la misma condición) y en personas adultas mayores (55.3% del total de personas con discapacidad) (INEGI, 2017).

El grupo de menores de 12 años representa sólo 5.6% del total de las personas con discapacidad, no obstante, la proporción de mujeres se mantiene con la misma dinámica que en el grupo general: 7.1% en contraste con 4.3% de hombres (INEGI, 2017). En total se estima que para 2020, 637,133 niños de 0 a 14 años presentaban discapacidad (INEGI, 2020).

De acuerdo con su condición, la población con discapacidad se concentra en las zonas urbanas en los estratos socioeconómicos bajo y medio bajo (70.7% del total de personas con discapacidad), lo cual representa una de las principales brechas de la discapacidad. Aunada a ella, le siguen la educativa, pues 21% no saben leer ni escribir (en contraste con sólo 3% nacional); 52.5% de las personas con discapacidad de entre 6 y 24 años, asisten a la escuela y en el caso particular de las mujeres, no alcanza siquiera a representar la mitad de la población asistente (47%) (INEGI, 2017).

En segundo término, se presenta una particular brecha laboral, pues de las personas con discapacidad de entre 15 y 59 años, sólo 35.6% forman parte de la PEA¹ ocupada. En mujeres sólo 27.4% forma parte de la PEA, lo cual acusa también una considerable brecha de género (INEGI, 2017).

¹ Población económicamente activa.

TABLA 1. Materiales utilizados para la producción de los libros.

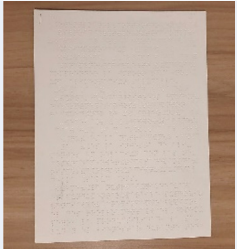
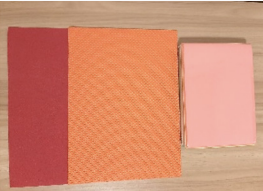
Material	Justificación	Muestra gráfica
Madera.	Es utilizada como base de soporte firme y lisa para plasmar las figuras con diferentes texturas y acabados, además de dar una apariencia de libro didáctico, protege cada hoja para que los niños y adolescentes puedan manipularlo con sus manos.	
Papel bristol 180 gr.	El grosor facilita el relieve de puntos Braille y el gramaje permite la impresión con tinta en macrotipo para apoyar a personas como baja visión.	
Foami con textura.	La superficie permite tener diversidad de texturas para que puedan tener mayor relación con el objeto representado.	
Pompones medianos.	Se utilizaron para recrear formas específicas (en el caso a la derecha, uvas) en donde se incluyan también colores intensos para aquellos casos de usuarios con debilidad visual.	
Tela Organza.	Se utilizó para simular hojas, de tal forma que se pudiera incentivar la información háptica a partir de tres elementos: elasticidad, flexibilidad y forma.	
Papel decorativo.	Particularmente útil para alimentos con superficies brillantes y suaves, sobre todo cuando se relaciona con foami grueso.	
Ramo de hojas artificiales.	Es importante brindar la mayor cantidad de información por medio del tacto, ya que en el libro es indispensable recrear las figuras de acuerdo con los elementos de la percepción háptica y con la mayor cercanía a la realidad posible.	
Etiquetas scratch and sniff.	Con el apoyo de etiquetas con aromas se logra la cooperación háptica, no solamente se integra el tacto activo, sino que se integra la parte kinestésica por medio del olfato.	

TABLA 2. Materiales utilizados para la producción de figuras en tercera dimensión.

Material	Justificación	Muestra gráfica
Modelo STL.	Es un formato de archivo informático de diseño asistido por computadora (CAD) que define geometría de objetos en tercera dimensión.	
Plástico PLLA.	Es un compuesto biodegradable, apto para realizar impresiones en tercera dimensión. Es un elemento diferente a las muestras artesanales donde se utilizaron materiales de papelería y manualidades, no obstante, el objetivo de esta versión es el mismo. Se representaron figuras utilizando las características que puedan ayudar al adolescente con discapacidad visual o baja visión, ya que en esta etapa de la vida se pueden interpretar figuras sin que lleve un tiempo previo de aprendizaje, debido al contacto que se tuvo o se tiene con diversas frutas y verduras a lo largo de la vida o en un periodo considerable, se pretende enfocarse en la orientación alimentaria por medio de textos en braille.	

FIGURA 1. Imagen del libro en donde se utilizando el sistema dual (Braille - háptico).

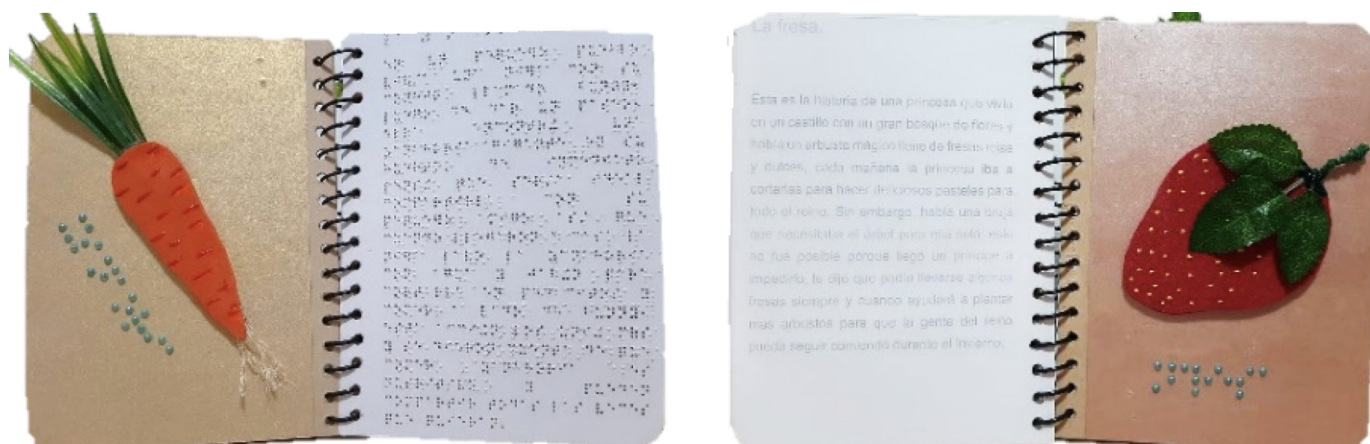


FIGURA 2. Libro con información e impresión 3D, con texto en braille y tinta macrotipo.



Para el INEGI, 58.4% de las personas con discapacidad presenta algún problema relacionado con la visión, mientras que 26.9% de los niños y niñas de 0 a 14 años viven con alguna discapacidad, presentan problemas de la visión (2014). Del total de condiciones de discapacidad, 14% corresponde a la visual, no obstante, también contribuye en la proporción de discapacidad múltiple, ya que 30% de las personas con discapacidad, tienen más de una y después de la motora, la visual es la más presente (INEGI, 2017).

En México existe escasa información sobre discapacidad visual infantil y su baja prevalencia dificulta el desarrollo de estudios poblacionales que den cuenta de la problemática real. No obstante, existen estudios que resaltan que 75% de las causas de ceguera son tratables (Cortés-González y Villanueva-Mendoza, 2015). Considerando esta cifra, valdría la pena apuntar que, al ser una condición prevenible o tratable, e incluso, reversible, se puede asociar con el nivel sociosanitario del país.

Por ejemplo, la retinopatía del prematuro se ha asociado con deficientes pautas en el cuidado neonatal (Cortés-González y Villanueva-Mendoza, 2015): la opacidad corneal es la causa más común de ceguera infantil, vinculada etiológicamente con las infecciones y deficiencias nutrimentales. Si en los países en vías de desarrollo se atendieran oportunamente las causas, existiría una menor proporción de niños y niñas con deficiencias visuales.

Cabe señalar que el reto de la salud pública en México no solo debe centrarse en la reducción de las causas de infección relacionadas con la ceguera prematura, ya que en la actualidad se enfrenta también un particular problema de malnutrición; las enfermedades no transmisibles y las transmisibles conforman un perfil patológico por demás complicado y la infancia no es ajena, como en años anteriores, a esta problemática.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2018 refiere que, en el grupo de escolares de 5 a 11 años, la prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad es de 35.5%, siendo los hombres los más afectados (38% respecto a 33% en mujeres y 20% de niños obesos contra 15% de niñas obesas). Así mismo, la proporción de escolares con anemia se ha mantenido por arriba de 21%, siendo los que viven en localidades rurales quienes mayormente presentan esta condición (INSP, 2018).

Es de tal forma que se puede considerar que para el caso de los escolares que viven con discapacidad visual, la malnutrición se puede presentar en una proporción muy similar, afectando a 5 de cada 10 niños y niñas. Sin embargo, se desconoce en la actualidad esta proporción, ya que no se han desarrollado estudios que puedan dar cuenta del fenómeno (Osorio y cols., 2017).

Con el fin de contribuir con la disminución de los índices de malnutrición, la educación alimentaria y nutricional representa una estrategia fundamental para potenciar o modificar los hábitos alimentarios. Sin embargo, más allá de centrarse en los individuos, debe entenderse como un esfuerzo conjunto que forme y mantenga comunidades educativas. Estas

comunidades serán la base sobre la cual se desarrollen acciones para descubrir y erradicar creencias, mitos y conductas erróneas, en donde se promuevan conceptos, actitudes y conductas claras y fundamentales sobre la alimentación (Cruz, 2015).

En este sentido, el material didáctico representa una herramienta por útil que, con el apoyo adecuado de docentes, compañeros y padres de familia, así como de una correcta orientación nutricional se pueden desarrollar habilidades que fortalezcan su autonomía como personas completamente capaces y aptas en la vida diaria, incluida su alimentación (Aguirre, 2007).

Sin embargo, en el contexto actual, los niños y jóvenes con discapacidad visual se enfrentan a dificultades innecesarias para aprender, al no contar con un ambiente o recursos didácticos accesibles, amables, lúdicos, atractivos y propicios en su entorno o situación, que les permitan tener acceso a las mismas oportunidades que el resto de la población. Es así como la educación para alumnos con discapacidad visual, y en particular el acceso a los temas de ciencias dista mucho de ocurrir en igualdad de condiciones.

Asimismo, la disponibilidad de materiales y de secuencias didácticas diseñadas especialmente para enseñar temas de ciencias experimentales a alumnos con discapacidad visual es escasa. Con el uso creciente de recursos tecnológicos la tendencia actual en educación científica se inclina nuevamente por herramientas visuales, que por su naturaleza son inaccesibles para esta población (Caton, 1994; Albertí y Romero, 2010). En México no existen materiales escritos con propuestas didácticas específicas que puedan apoyar al maestro en la tarea de enseñar ciencia a un alumno con discapacidad visual y así facilitar su inclusión (Gastón y Comisión Braille Española, 2017). En América Latina, se conocen particularmente los materiales de la llamada Didáctica Multisensorial de las Ciencias para alumnos con y sin problemas de visión (Soler Martí, 1999) y la propuesta Ciencia en el Aula Inclusiva (Reynaga Peña, 2014).

Ante esta ausencia de recursos didácticos particulares, se diseñó el prototipo de un material que siguiera una estrategia informática dual, es decir, que considerara tanto el uso del sistema Braille, como la complementación de recursos hápticos. La organización está basada en el ciclo vital humano y, por lo tanto, se presentan en conjunto dos libros de acuerdo con cada una de las que abarcan la infancia y la adolescencia:

Para la etapa infantil (5 a 9 años), un libro con mayor énfasis en las características hápticas, debido a que se integran varios materiales para que se aprecien dentro de las dimensiones apropiadas para facilitar el aprendizaje significativo; incluye además cuentos en Braille para practicar la lectoescritura.

Para la etapa de la adolescencia (10 a 18 años), el cual se organiza con base en un índice de información nutrimental estándar para la población mexicana (Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes, SMAE) de verduras y frutas, así como una guía de orientación alimentaria basada en la Norma Oficial Mexicana 043-SSA2-2012 (Secretaría de Salud, 20212). Este

utiliza la impresión en tercera dimensión, así como el texto de referencia en tinta y su transcripción al Braille. Este equipo didáctico es una propuesta para adaptarse a las necesidades actuales, por lo que no sólo se integran figuras alusivas, sino que se complementa con etiquetas de aromas tipo *scratch and sniff* (rascar y oler) para apreciar y relacionar la información sensorial con las figuras.

En el desarrollo de los modelos artesanales del material didáctico, se contempló contar con la mayor diversidad de elementos que otorgaran relieves y texturas, de forma tal que el contacto con los mismos pudiera producir un estímulo sensorial diverso. Los componentes se pueden dividir en tres tipos: estructurales, hápticos artesanales y hápticos avanzados.

Entre los componentes estructurales se encuentra la madera, que se utilizó como base de soporte y como protectora de las hojas. Se eligió para las hojas el papel Bristol con un gramaje de 180, puesto que el grosor facilita la maquila del relieve en puntos Braille y permite la impresión con tinta en macrotipo por inyección. Los componentes hápticos artesanales utilizados fueron foami, pompones, tela organza, hojas de plástico y papel decorativo. Entre los elementos hápticos avanzados, se realizaron modelos STL, un formato de archivo informático de diseño asistido por computadora (CAD) que define geometría de objetos en tercera dimensión e impresiones en plástico PLLA, un compuesto biodegradable compatible con impresoras 3D.

Pese a que el diseño del material contempla un sistema dual (Fuentes, 2018) la preponderancia en el uso del sistema Braille buscó fomentar la lectoescritura (Fernández, 2001; Gastón y Comisión Braille Española, 2017), no obstante, se recomienda en todo momento la vinculación de los estudiantes con un facilitador, para que le permita tanto la práctica como la familiarización. Cabe destacar que se buscó diferenciar los libros por grado de dificultad, haciendo mayor uso para el infantil de párrafos sencillos para su lectura y comprensión. El libro elaborado para adolescentes es un poco más complejo ya que en este, hay números y se incluyen y explican conceptos científicos, así como se diversifica el uso de signos de puntuación.

En todo momento se buscó incluir a todo el amplio rango de personas con discapacidad visual, por lo que el uso del texto en macrotipo se mantuvo, dado que estos alcanzan a distinguir sombras y colores, pero requieren de un texto más grande para percibir las letras y palabras en general. El macrotipo también se encuentra presente en ambos libros.

La percepción háptica fue considerada en tres sentidos. El primero, por medio de la inclusión de una mayor la mayor diversidad de materiales, como *foami* con textura, cartón, tela, pompones e incluso etiquetas con aroma. El segundo a partir de la impresión de imágenes en tercera dimensión para simular y estimular la percepción háptica con diferentes texturas (Fuentes, 2018; Cifuentes, 2019) lo más parecidas a la realidad, en este caso, de las frutas y verduras, y como algo innovador también haciendo uso de imágenes en impresión de tercera dimensión. Por último, la consideración de volúmenes

en aras de promover la exploración manual y, por tanto, el desarrollo de la actividad psicomotora (Gastón y Comisión Braille Española, 2017).

Cabe apuntar que la percepción táctil requiere contacto directo con el estímulo; a través del tacto se perciben las sensaciones de temperatura, dureza y firmeza. Sin embargo, para que pueda haber realmente percepción de los objetos o de las formas, se necesita el movimiento de las manos y el sentido kinestésico. En ese caso, ya no se sólo la percepción táctil, sino la percepción háptica. El esfuerzo particular de incluir todo tipo de estímulos está relacionado con la necesidad de generar una idea realista del entorno en las personas con discapacidad visual, de tal forma que puedan tener una noción más profunda de su sociedad y la naturaleza (Tschirner, 1984).

El material dual no sólo es apto para personas con cualquier grado de discapacidad visual, pues promueve a partir del uso de texto en tinta, un ambiente de inclusión al momento de integrar a personas normovisuales en la lectura. En este sentido, se debe señalar que, el equipo didáctico no debe comprenderse únicamente para su uso individual, sino que, a través de este, se puedan integrar comunidades educativas.

Sólo a través de la inclusión es posible que la creación de materiales didácticos pueda conducir hacia la sensibilización y futura transformación de las prácticas alimentarias. Lograr una alimentación correcta debe el reflejo de la autonomía de la niña, niño y adolescente con discapacidad visual.

CONCLUSIONES

Si bien el equipo didáctico diseñado, no resuelve por sí mismo la problemática de salud y nutrición en niñas, niños y adolescentes, tiene la posibilidad de en una herramienta útil para promover el consumo de verduras y frutas. No obstante, si es utilizado a partir de comunidades de facilitadores, familias y educandos, puede potencializar el ejercicio de la autonomía en niños, niñas y adolescentes. Es fundamental reconocer que, a partir de generar escenarios de inclusión, la infancia y la juventud tiene posibilidad de compartir experiencias entre pares.

El presente equipo presenta en su diseño, algunas limitaciones que deben superarse, ya que las ilustraciones táctiles no pueden ser entendidas tan fácilmente como las imágenes visuales, las representaciones pueden ser limitadas en relación con la experiencia real, la adecuación de los alimentos puede o no relacionarse con el contexto real y la interpretación de las formas puede no tener un correlato inmediato con el objeto base.

Las personas con discapacidad visual enfrentan retos particulares desde el momento en que cobran consciencia de sí mismos, puesto que sus procesos vitales no sólo son diferentes a las personas con normovisión, sino que deben superar escenarios de exclusión y desigualdad social que pueden incluso privarles de la posibilidad de lograr una alimentación adecuada, sino que pueden conducir a un riesgo en salud y nutrición.

La generación de hábitos cotidianos debe comprenderse, por tanto, indivisible de la promoción de su inclusión a partir del ejercicio autónomo en la toma de decisiones y para ello, es imprescindible contar con información, formación y acompañamiento.

Es necesario comprender la discapacidad y las especificidades en términos de manejo que requieren los escolares y adolescentes para poder tomar decisiones cuando se pretende crear materiales lúdicos con temática nutricional lo que podría arrojar enfoques que ayuden a estimular a esta población desde el punto de vista alimentario, emocional, físico y social.

REFERENCIAS

- Albertí Boada, M., y Romero Ortega, L. (2010). Alumnado con discapacidad visual. Barcelona: Graó, 2010.
- Aquino S., García V. (2012). La inclusión educativa de ciegos y baja visión en el nivel superior. Un estudio de caso. junio 27, 2020, de SciELO Sitio web: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-109X2012000200007&script=sci_arttext&lng=en
- Assis, E. M., & Gimenes da Cruz, V. A. (2007). Material didático em ead: a importância da cooperação e colaboração na construção do conhecimento. *Linhas Críticas*, 13(24), 103-114.
- Ballesteros, S. (1993). Percepción háptica de objetos y patrones realzados: una revisión. *Psicothema*, 5(2), 311-321.
- Ballesteros Jiménez, S., Bardisa Ruiz, M. D., Muñiz Fernández, J., y Reales Avilés, J. M. (2003). La Batería de Habilidades Hápticas: un instrumento para evaluar la percepción y la memoria de niños ciegos y videntes a través de la modalidad háptica. *Integración: revista sobre ceguera y deficiencia visual*.
- Barraga, N. C. (1986). Programa para desarrollar eficiencia en el funcionamiento visual. Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- Caton, H. (1994). Alfabetización ¿Tinta o Braille? Elección del Medio Apropiado de Aprendizaje. Argentina, Cristoffel Blindenmission.
- Cifuentes, M.B. (2019). La impresión de figuras en 3D como incentivo a la lectura para personas con discapacidad visual. *Integración: Revista digital sobre discapacidad*, 75, 184-203.
- Cortés-González, V. y Villanueva-Mendoza, C. (2015). Epidemiología del glaucoma congénito en la Asociación para Evitar la Ceguera en México, revisión de 5 años. *Revista Mexicana de Oftalmología*, 89 (3), 150-153.
- Chaves Salas, A. L., (2001). Implicaciones educativas de la teoría sociocultural de Vigotsky. *Revista Educación*, 25 (2), 59-65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44025206>
- Gobierno de México. (2019). *Catálogo histórico*. [Gobierno de México]. Consultado el 20 de octubre de 2019. <https://www.gob.mx/conaliteg>
- Escárcega-Servín, R., Pérez-Pérez, J.F., Lansingh, V.C. y Lopez-Star, E.M. (2019). Discapacidad visual y ceguera entre los estudiantes de una escuela para ciegos en Querétaro, México: una evaluación causal. *Revista Mexicana de Oftalmología*, 93, 178-184.
- Fernández, E. (2001). Desafíos didácticos de la lectura braille. España: Dirección de Cultura y Deporte, ONCE.
- Fuentes, F.M. (2018). Diseño de imágenes para ciegos, material didáctico para niños con discapacidad visual. [tesis de doctorado, Universidad Politécnica de Valencia]. Repositorio institucional <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/37882/FUENTES%20-%20Diseño%20de%20imágenes%20para%20ciegos%2c%20material%20didáctico%20para%20niños%20con%20discapacidad%20visual..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Garay-Ordoñez, F.D. y Mendoza-Carhuacho, I.M. (2019). Modelo social como alternativa para el desarrollo de la persona con discapacidad. *Telos*, 21 (3), 681-695. <https://doi.org/10.36390/telos213.10>
- Gastón, E. y Comisión Braille Española (2017). Braitico: método de la once para la alfabetización y competencia lectoescritora. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 71, 163-191.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2014). Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, 2014.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2017). Encuesta Nacional Sobre Discriminación 2017.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2020). Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, 2020.
- Instituto Nacional de Nutrición, INSP. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018.
- Kaztman, Rubén (2000), "Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social" en BID-Banco Mundial-CEPAL-IDEA, 5° Taller Regional. La medición de la pobreza: métodos y aplicaciones (continuación), Aguascalientes, 6 al 8 de junio de 2000, Santiago de Chile, CEPAL, p. 275-301, LC/R.2026.
- Kottow, M. (2011). Anotaciones sobre vulnerabilidad. *Revista Redbioética/UNESCO*, 2(4), 91-95.
- Laurell, A.C. (1981). La salud enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1): 7-25.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FAO (2011). Educación alimentaria y nutricional: libro para el docente. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.fao.org/ag/humannutrition/18910-023608814c61cfb1f7c7643f2e4ecfa6.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2018). Ceguera y discapacidad visual. septiembre 17, 2019, de Organización Mundial de la Salud, Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- Osorio, M.O., Parra, G.L.M., Henao, C.A.M. y cols. (2017). Hábitos alimentarios, actividad física y estado nutricional en escolares en situación de discapacidad visual y auditiva. *Revista Cubana de Salud Pública*, 7, 214-229.
- Pezzarossi, O.E. (2009). Elaboración de Guías Alimentarias en Sistema Braille para niños de nivel primario del Benemérito Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala [tesis de licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala]. Repositorio institucional <https://biblioteca-farmacia.usac.edu.gt/tesis/N461.pdf>
- Ponte, C (2008). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. En C.Ponte y cols. Salud y ciudadanía. Teoría y práctica de la innovación (p. 12-18). Guijón: Centro de Profesorado y Recursos de

- Gijón. Consejería de Educación y Ciencia.
- Quevedo-Bolívar, P. A. (2019). La malnutrición: más allá de las deficiencias nutricionales. *Trabajo Social*, 21(1), 219-239.
- Quispe-Becerra, F. (2022) La comprensión lectora en Braille y los procesos psicológicos en personas con discapacidad visual. [tesis de licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio institucional <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/15818>
- Reynaga-Peña, C. G. (2014). Ciencia en el Aula Inclusiva. Propuesta didáctica: Los hongos, ejemplo de seres vivos. Secretaría de Educación del Estado de Guanajuato. Guanajuato, México.
- Secretaría de Salud SSA (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. México: Secretaría de Salud.
- Simón, C., Ochaíta, E., & Huertas, J. A. (1995). El sistema Braille: Bases para su enseñanza-aprendizaje. *Comunicación, lenguaje y educación*, 7(4), 91-102.
- Soler-Martí, M. A. (1999). Didáctica multisensorial de las ciencias: un nuevo método para alumnos ciegos, deficientes visuales, y también sin problemas de visión. Paidós.
- Solórzano Treminio, R.A. y Batista Mainegra, A. (2021). Fundamentos pedagógicos de un proceso de enseñanza- aprendizaje inclusivo de estudiantes universitarios con ceguera. *REEA*, 8 (IV), 104-118. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/reea>
- Valadéz-Figueroa, I., Villaseñor-Farías, M., y Alfaro, N. (2004). Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Revista de educación y desarrollo*, 1(1).
- Zafra Aparici, E. (2017). Educación alimentaria: salud y cohesión social. *Salud colectiva*, 13, 295-306.

Emociones adversas al interior del hospital Una aproximación interdisciplinaria

Adverse emotions within the hospital. An interdisciplinary approach

OMAR ÁNGEL DANIEL CABRERA VALDEZ
BERNARDO ADRIÁN ROBLES AGUIRRE

RESUMEN: En la cotidianeidad hospitalaria, la expresión emocional tanto de los sujetos que están por morir, como la de sus cuidadores, es compleja y se asume que da pie a una reconfiguración intersubjetiva; esto se analizó al realizar una investigación cualitativa, en un hospital de segundo nivel con dos grupos de control, por una parte 13 pacientes enfermos de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) (a consecuencia de la Diabetes mellitus), y por otra, los cuidadores de estos. A lo largo de las entrevistas se encontró que sentimientos como la ira, la tristeza y el miedo son algunas de las emociones manifestadas, pero, no por ello fáciles de expresar, ya que algunos sujetos los consideran como una muestra de debilidad, fragilidad y flaqueza, lo cual complica el proceso de duelo por el que están atravesado, derivado de los recuerdos del pasado y la incertidumbre respecto al futuro. Esto, complica el vínculo con los cuidadores, con el personal de salud que los atiende y consigo mismos. Finalmente, consideramos que esto se da debido a que el paciente se identifica como padeciente y su enfermedad crónico-degenerativa, lo pone en una situación de espera en la cual el personal de salud no tiene la formación, ni las herramientas para atender más allá de sus necesidades biológicas, haciendo la estancia nosocomial más difícil todavía.

Palabras clave: expresión emocional, padeciente, insuficiencia renal, cuidadores, investigación cualitativa.

ABSTRACT: In daily hospital care, the emotional expressions of both terminally ill patients as well as their caregivers, is complex and can give rise to an intersubjective reconfiguration. We analyzed this by conducting a qualitative investigation in a secondary level hospital, using two control groups: on one hand, 13 patients with Chronic Renal Failure (CRF) caused by diabetes mellitus, and on the other, their caregivers. Throughout the interviews we discovered that feelings such as anger, sadness and fear are the emotions most commonly felt, yet they're not easily expressed, since some subjects consider them a sign of weakness, fragility or frailty, which complicates their grieving process due to the past memories they are reliving and the uncertainty regarding the future. This further complicates the bond between caregivers, the health personnel who are helping out as well as with themselves. We consider that this happens because the patient identifies itself as someone suffering (padeciente) and its chronic-degenerative disease places him in a waiting situation, in which the health personnel doesn't have the tools or training to assist them beyond their biological needs, hence further complicating their hospital stay.

Keywords: emotional expression, padeciente, renal failure, caregivers, qualitative research.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo es producto de una investigación realizada en un hospital público de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la Ciudad de México. Ahí se trabajó con 13 pacientes internados por Insuficiencia Renal Crónica (IRC) derivado de un diagnóstico previo de Diabetes Mellitus, así como con sus cuidadores. Estos pacientes se encontraban en etapa terminal de su enfermedad, sin pronóstico favorable, algunos de ellos bajo sedación paliativa para reducir el dolor y en espera de su muerte, de ahí, la necesidad de entrevistas a los cuidadores y poder reconstruir, de alguna manera, la experiencia emocional de estas personas respecto a su enfermedad.

El trabajo de campo fue interdisciplinario, por una parte, conjuntando el saber psicológico sobre las emociones y el acompañamiento tanatológico de los sujetos, complementándolo mediante las herramientas metodológicas de la antropología y los elementos teóricos de reflexión sobre la cultura que esta aporta. Así, se realizó un abordaje que posibilitó un acompañamiento más cercano e íntegro de aquellos quienes brindaron su confianza y testimonios.

Este análisis es un primer abordaje de una investigación más amplia y que se encuentra en desarrollo, sin embargo, aquí se enfatizará en uno de los elementos emergentes que ha aparecido de forma recurrente a lo largo de todo el estudio; el estado emotivo es recurrentemente fluctuante, variable e inestable, tanto de los que padecen, como de quiénes los cuidan. Este elemento, se vuelve clave, ya que su análisis y comprensión, permitirá ayudar al personal de salud y así, brindar una mejor atención en el proceso de morir y que los pacientes se sientan acompañados en el último tramo de su vida.

Lo anterior emergió como respuesta a la pregunta ¿Cómo es la experiencia emocional de quien va a morir? Y debido a la presencia e importancia que tienen los cuidadores al interior del nosocomio, se decidió agregarlos. Así, partimos de la hipótesis de que la experiencia en las instituciones nosocomiales da pie a una reconfiguración intersubjetiva en la cual las emociones juegan un papel fundamental.

Las emociones son un tema cuyo abordaje ha sido expuesto por autores como Rosaldo (1980), Damasio (2000), Lutz (2001) y Le Breton (1999 y 2012), por mencionar algunos. En este sentido, se reconoce para que una emoción sea sentida, percibida y expresada, debe constituir al repertorio cultural del grupo al que pertenece, la emoción se construye, interpreta, expresa, significa y relaciona, a partir de los actores sociales, la historia, la cultura y el contexto y se diferencia en su intensidad, e incluso en sus manifestaciones, de acuerdo a la singularidad de cada persona (Le Breton, 2012).

Damasio (2000) por su parte, las define como respuestas complejas a nivel neuroquímico que se disparan de forma automática ante ciertos estímulos, sean estos internos o externos y son cruciales para sobrevivir y están presentes en cualquier actividad y/o momento de la vida humana, esto incluye tanto la muerte, como el proceso de morir.

Uno de los referentes clásicos, durante el siglo XIX, para hablar de las emociones fue Darwin (1996), quien se enfocó en reconocer las emociones en seres humanos y animales gracias a las expresiones que se dan en sus rostros. Más contemporáneo, Ekman (1993) trabajó en Papúa Nueva Guinea buscando patrones en la expresión facial humana en un pueblo que no se considera parte de la sociedad occidental, las investigaciones reconocieron que, las emociones no se determinan culturalmente, sino que es un proceso evolutivo y por ende presente en toda especie animal. Esta postura se ha prestado a debate y contra argumentada por autores como Le Breton (1999) quien subraya que Ekman, considera a la cara como el único lienzo de la expresión emotiva mientras que ignora al resto del cuerpo y otros aspectos clave como la voz, la entonación o la capacidad de simbolización.

A su vez, Crivelli y colaboradores (2015), postulan que las expresiones faciales son más bien herramientas para la interacción social y, por ende, pueden tener significados diferentes en contextos y culturas diferentes.

Un postulado que consideramos clave para este escrito es el de Schmidt-Atzer (1985) quien habla de la “tríada-reactiva”, donde hay tres aspectos que componen las emociones y permiten su estudio: Los procesos fisiológicos, que se registran mediante aparatos especializados, el comportamiento expresivo, que se basa en el aspecto facial-corporal y las experiencias subjetivas, que pueden ser abordadas mediante respuestas verbales.

En estén sentido y a partir del trabajo de campo, consideramos que dos partes de esa tríada (el aspecto facial-corporal y la experiencia subjetiva) son claves, pues son reconocibles en la interacción uno a uno con los sujetos al interior del hospital, sin embargo, también se consideran los aspectos críticos a Ekman (1993) y coincidimos con ellos, pues consideramos que lo emocional es más bien contextual, es parte de la cultura, como la define Morin (2006) ya que responde a hábitos, saberes, costumbres y prácticas que preceden a los seres humanos, estos, se han acumulado y han sido aprendidas por todos, aunque cada quien ha aprendido de manera distinta, de ahí la complejidad en lo humano.

Esto, no es el único aspecto interdisciplinario a considerar, en líneas generales, Goffman (2001) reconoce lo dicho por Morin (2006) y define que todos sabemos cómo comportarnos en cada circunstancia, pues lo hemos aprendido y esto incluye la expresión emocional; cada sujeto es un actor que desempeña un papel en específico dependiendo el contexto. En lo particular, hablando del interior de los nosocomios, las emociones se adaptan y adecúan de un modo específico, Hochschild (1979) menciona que hay *reglas para sentir*, estas se basan en la *experiencia emocional* personal que cada quien ha tenido a lo largo de su vida, eso es lo que hace que alguien se decante por una emoción y no por otra.

Con lo anterior en consideración, a continuación, se detalla el acercamiento metodológico con el que se llevó a cabo la recolecta de información que sustenta este escrito. Al igual que el entramado teórico presentado, se ha intentado que el acercamiento con los informantes fuera desde lo psicológico hacia lo antropológico para lograr una mejor comprensión de

su circunstancia y cómo esta es atravesada por lo emotivo que es algo determinado culturalmente.

MÉTODO

La realización de este trabajo implicó conjuntar tanto los roles de psicólogo especialista en tanatología como el de antropólogo investigador, para ello se negoció con la institución receptora que permitió que el trabajo de campo se llevara a cabo y la información se recopilara en un diario de campo a cambio de dar acompañamiento tanatológico a los pacientes que lo requirieran junto a sus cuidadores. Este proceso consiste, de acuerdo con Gómez (2007), en tener en cuenta tanto las particularidades, como las necesidades específicas con el objetivo de saber si es posible ayudarlo más allá de su diagnóstico, pues tal vez no sea posible incidir en la parte médica, sin embargo, sí es posible intervenir en la dimensión emocional de forma dialógica, buscando objetivos puntuales, tales como reducir la sensación de culpa, frustración o enojo, así como aumentar la paz y/o la esperanza en el momento de la muerte.

Complementario al acompañamiento tanatológico, se realizó una labor de observación participante, técnica antropológica caracterizada por su flexibilidad y que requiere apertura a los nuevos conocimientos por parte de quien la realiza (Guber, 1991). La técnica permitió una inmersión profunda en los pabellones hospitalarios donde los sujetos estaban internados, gracias a ella, se pudo registrar cómo es que estos experimentaban la estancia hospitalaria, las variaciones en su salud, la convivencia con el personal que ahí laboraba, entre otras. Siendo parte del *staff* del nosocomio y de su contexto, hecho que es el ideal al hacer labores antropológicas, pues esto permite registrar material empírico directo de la interacción con los protagonistas del campo, en este caso, los enfermos y sus cuidadores.

Inicialmente, la selección de pacientes no fue libre, el hospital, por medio de su personal, solicitaba la atención de sujetos en específico, aunque, toda fue para mayores de trece años, principalmente internados en el área de medicina interna y oncología, fuesen pacientes o cuidadores, sin embargo, tras ordenar y clasificar la información en el diario de campo, se categorizó las afecciones más recurrentes en el nosocomio y se encontró que, por un lado, eran las neoplasias (cáncer) en diversas zonas del cuerpo y por el otro, la insuficiencia renal crónica (IRC), como complicación de la Diabetes mellitus.

Se decidió abordar la segunda debido al interés personal por desmarcarnos de la crítica del gremio médico que menciona que se ha "psicologizado" al cáncer, a veces, a grado tal que incluso se dan explicaciones psicologistas sobre él o se llegan a mencionar datos para los que no hay evidencia suficiente como que asistir a psicoterapia aumenta la esperanza de vida del paciente oncológico (Conde *et al.*, 2007). Aparte de ello, al realizar el estado del arte que respaldó a la investigación se notó que son muchas más las investigaciones en ciencias sociales que abordan al cáncer, que las que abordan a la IRC.

Tras esas consideraciones, de los más de 70 pacientes con los que se tuvo la oportunidad de trabajar, se conformó un grupo

de 13 pacientes más sus cuidadores, todos estos enfermos eran considerados como graves y estaban internados en el área de medicina interna con un diagnóstico de IRC avanzada, originada como complicación de la Diabetes mellitus y con posibilidades de morir en el corto plazo.

De los pacientes, nueve fueron hombres y cuatro mujeres, sin embargo, dos de ellos no contaban con cuidadores, hecho que fue importante por dos motivos; el primero, que en los casos de mayor deterioro de los pacientes, el equipo médico consideraba necesario inducir a los sujetos enfermos a sedación paliativa para que pudieran morir sin dolor, esto impedía todo diálogo con ellos y por ello, la figura del cuidador tomaba mayor relevancia, pues fue a través de ellos que se conoció la experiencia con la enfermedad y el impacto de la misma en su contexto.

El segundo motivo, los cuidadores fueron una segunda voz valiosa que permitía, por un lado, comprender más a fondo la experiencia del sujeto enfermo y por el otro, conocer su propio periplo con el malestar de su ser querido, pues, las enfermedades no solo se quedan en el aspecto personal, como Fabrega (1972) menciona, el diagnóstico de la enfermedad es apenas una parte, el *disease*, pero, el padecimiento, el *illness*, implica el impacto que la dolencia tiene más allá del sujeto, es la huella que deja en su familia, amigos, trabajo, etc. Conocer esta dimensión brindó más información a la investigación que se presenta.

Parte clave en el acercamiento metodológico descrito fue que a los informantes en campo se les explicó en todo momento que su acompañamiento formaría parte de una investigación, que la información sería anónima y se utilizarían seudónimos, que podrían abandonar el estudio cuando lo consideraran necesario y se les pidió firmaran un consentimiento para ello; tanto ellos como la institución estaban de acuerdo con el uso académico de la información, a quienes rehusaron a participar se les respetó en todo momento y aún a aquellos que fueron acompañados, pero, que no dieron permiso de publicar sus testimonios, se les brindó el abordaje sin recopilar algún dato.

RESULTADOS

En la interacción con los informantes, se encontró que hablar, describir y enfrentarse a la posibilidad de la muerte de los familiares, aunque esté a punto de acontecer, no es sencillo de asimilar o de expresar, pues reconocen que existen un caudal de emociones que hacen del hecho un evento inefable. Los registros analizados, demuestran que las emociones percibidas, no les permitían asimilar claramente el proceso por el que estaban pasando, pues se sentían tribulados, desconcentrados o ansiosos, lo que hacía más complicado el proceso, sin embargo, aun así, fue posible separar los componentes de dicha confusión afectiva.

Otro aspecto relevante fue reconocer que, quienes experimentan una emoción y quieren expresarla, saben que no siempre podrán hacerlo, los afectos tienen sus reglas (Hochschild, 1979) y como tales deben ser seguidas, pues garantizan la convivencia armónica entre las personas, aunque, no es que se pueda elegir cómo sentirse ante determinado

evento, más bien esto nos habla de que sabemos cuándo hay que regular o darle libertad a la expresión.

Dejado en claro lo anterior, presentaremos a continuación las tres emociones más recurrentes durante el análisis de este estudio. La ira, la tristeza y el miedo, todas ellas, atravesadas por el duelo y aunque no siempre se nombraron así, se usaban palabras alternativas para referirlas, asimismo, es importante enfatizar que no había una única forma de expresarlas o dirigir las pues las emociones son multisituadas. Y aunque reconocemos que la expresión emocional humana no sólo es negativa al interior de las instituciones hospitalarias, puesto que también hay afectos positivos, en este estudio no fueron tan frecuentes.

Todos los informantes se definían en proceso de duelo, afirmando este hecho cuando se les preguntaba de forma directa *“¿Usted se sienten en duelo?”*, a algunos de ellos se les explicó qué significaba eso y tras comprenderlo, lo afirmaban. Sabían que ellos o sus seres queridos morirían en el corto plazo y no era un asunto menor.

Por lo anterior, es importante, primero, definir qué se entiende por duelo, siguiendo para ello a Frazzetto (2014) quien menciona que es una reacción esperable ante las pérdidas que vivimos los seres humanos, aparte, por pérdida no solo nos referimos a la muerte, las hay de índole material, simbólico, económico, entre otras. De capital importancia es considerar también que esta definición permite un anclaje entre la antropología y la psicología, pues, no hace de este un estado patológico de inicio, lo ve más bien como un proceso adaptativo y que está en construcción constante, evoluciona a la par de las circunstancias de quien lo vive y dependen de su contexto cultural.

Otra puntualización que es necesaria sobre los duelos, siguiendo a Damasio (2001), este no sería una emoción, es más bien un sentimiento y ello quiere decir ya hay un registro temporal en él y que es más bien una combinación de emociones que ya no solo requieren de un disparador exógeno, más bien pueden ser evocados desde procesos mnémicos (endógenos) vinculados al ambiente en el que se desenvuelven los sujetos y que, en este caso, es el nosocomial.

Entre los hallazgos más relevantes se encontró que los cuidadores reconocen una fuerte sensación de culpa, hecho que desde una óptica tanatológica es importante, pues distorsiona la percepción que de sí mismo tiene aquel quien la siente, le coloca en esquemas de pensamiento en los que se cuestionan de forma constante si han hecho lo suficiente por el enfermo, esto, de acuerdo con Guillem y colaboradores (2007) tiene un gran potencial de causar desequilibrio emocional, pues si la culpa no es socialmente compartida, se vuelve persecutoria.

Tal es el caso de F., cuidador de G. que era su tío, él era responsable ante el hospital, firmó su ingreso y era el que debía aprobar o rechazar los procedimientos que el personal de salud tuviera que realizarle a su familiar, en el momento de la investigación, acababa de firmar la autorización para que no se le diera más reanimación y que sólo se mantuviera con

sedación paliativa hasta su muerte. Esto, le causó problemas familiares, pues algunos no estaban de acuerdo y preferían que se le diera reanimación y prolongar así más su vida, sin embargo, él expresó que ya no quería que sufriera y se sentía responsable por ello

“Sí, ya decidí que ya no quiero que le hagan nada más ¿Para qué? ¿De qué serviría? No quiero que sufra, porque ya, sufrió mucho. Tuve que decidir, yo fui el que firmé como responsable a su ingreso, por eso me tocaba a mí volverlo a decidir. Aunque estoy inquieto, mis otros no familiares no se lo tomaron a bien, pero pues ni modo”

Aparte de ello, el duelo como base y la culpa como su consecuencia, también se vinculan a otras emociones como la ira, que también fue la más frecuente en el trabajo de campo, aunque no la mencionaban de manera directa, al igual que otras emociones, la expresaban mediante frases que la daban a entender. De ello, da cuenta R. quien no solo estaba enojada consigo misma por no cuidarse, también se sentía culpable de lo negligente que fue con su salud:

“A mí me diagnosticaron como diabética ya hace seis años, pero, nunca me cuidé. La verdad es que uno no se cuida de nada, pues te sientes bien y crees que no te va a pasar nada y luego te arrepientes”

Se encontraron varias formas de manifestar la ira, las agrupamos en tres por sus características. La primera de ellas es que había quienes se enfadaban con sus familiares enfermos, como fue el caso de L. quien era la cuidadora de su mamá que ya estaba muy grave y con pronóstico reservado, pero, también decía al respecto:

“Mis sentimientos están encontrados, le tengo coraje porque me siento atrapada en esta situación. Mi trabajo es donde me refugio porque ahí lo olvido, pero, cuando me llama la señora que la cuida, si me dice que está mala me estreso mucho y me enoja”

Los informantes también dieron cuenta de que esa ira se enfocaba hacia la institución donde sus familiares estaban internados, fuera porque culparan al personal de salud que les atendía o porque hablaban de lo precario que era recibir atención médica en un hospital público como ese en el que la investigación se condujo. Esto muestra que la enfermedad tiene una tercera dimensión más allá de la personal y la familiar que se mencionó antes citando a Fabrega (1972), la dimensión contextual, *sickness* (Kleinman, 1988) y en este caso corresponde con los factores estructurales de los nosocomios en México que llevan años de descuido por parte del Estado mexicano, esto no es algo que pueda ser solucionado ni por trabajadores ni por enfermos o cuidadores, pero, todos lo sufren y eso da pie a que la ira se exprese de la forma como la expresa B:

“Cuando mi marido enfermó al inicio, estuvimos en neurología en La Raza porque el amoníaco de sus riñones le hacía daño. Luego los trasladaron a este hospital [...] porque allá no tenían espacio ya y el material escaseaba, pero, nos queda lejos, [...] yo intenté que lo mandaran a

la 14, ahí ya nos conocían. Ya hasta tenía una cita con el director del hospital de La Raza para contarle de la situación, pero, como se atravesó la Semana Santa, no pudo atenderme. Nadie nos tomó en cuenta, hicieron lo que quisieron y me da coraje”

Igual de recurrente fue la expresión de la ira contra sí mismos, aunque, es cierto que le sucedía más a los sujetos enfermos que a los cuidadores, los primeros sentían enojo contra de sí mismos por no haberse cuidado en el pasado y haber permitido que su salud mermara hasta este punto en que su cuerpo la resintiera, pues, la IRC era una consecuencia de la Diabetes Mellitus, criterio clave de esta investigación, aunque, no era la única complicación que aparecía, también la hallamos aparejada a otras como en este caso, R., quien no solo estaba dializada por el deterioro de sus riñones, sino que también tuvo que ser amputada y además padecía de ceguera:

“Yo no me cuidé doctor y yo ya sé que si no me cuido, luego viene el otro pie, doctor. Estoy impotente e impaciente, aunque, no sé cuál es la diferencia porque, ambas son más de lo mismo, me siento inútil ¿Se imagina todo lo que ya no podré hacer? Me van a tener que ayudar en casi todo, hasta para ir al baño”.

La ira se menciona primero por lo común que fue, no obstante, también había mucha tristeza, emoción que ocupó el segundo lugar, aunque, con esta también se encontró que es más difícil de expresarla que la ira, sí hay quienes la expresan con facilidad, pero, también hay a quienes les cuesta mucho trabajo expresarla, es un estado del que se huye, e incluso, hay quienes hacen el esfuerzo por no nombrarla o ignorarla, no obstante, en algún punto llegan a hablar de ella.

Igual de relevante es que la tristeza y el miedo, tercera emoción más frecuente en esta investigación, llegaron a encontrarse juntas, incluso diese la impresión de que una alimentara a la otra, el sujeto enfermo y sus familiares ya han vivido pérdidas que ya les han arrebatado certezas como la salud o la autonomía, hecho que les entristece, aunque, no es lo único, por esa misma razón temen al futuro, pensar que puedan acaecer nuevas pérdidas como el agravamiento de la salud o la muerte en sí misma, les sobrecoge.

Quizá en los inicios de la enfermedad no había pesar, aunque existiera la enfermedad, esta tuvo que avanzar para que llegara la tristeza que no aparece sola, viene con el miedo y ambas tienen la capacidad de poner al sujeto en duelo e inclusive, antes de que las complicaciones físicas le hagan acudir al hospital, vuelen al enfermo un padeciente (Cardoso *et al.*, 2014), lo que implica que lo hacen realizar cambios en sus hábitos de vida para tratar de detener los daños de una enfermedad incurable, esto afecta no solo su vida, sino la de todos quienes la rodean, es parte del *illness* (Fabrega, 1972).

Esto le sucedió a S., quien contó que se volvió padeciente porque ya llevaba muchos años de ser diabético y, aunque él considera que se cuidó, al paso de muchos años tuvieron que amputarle una pierna por las complicaciones de la enfermedad:

“Pues yo ya llevo más de 20 años con la Diabetes doctor, ni siquiera recuerdo bien en qué año me diagnosticaron pero bueno, uno le toma amor a la Diabetes, me acostumbré a la enfermedad y me mentalicé para no decaer en mi estado de ánimo [...] Es que esto no es fácil, es un trabajo de diario, todos los días uno tiene que mentalizarse a que está enfermo, debes de acostumbrarte porque si no, habrá días donde no vas a poder, es algo mental”.

Llegar a este momento hacía que se sintiera triste por su circunstancia del presente y con miedo de lo que le pudiera esperarle en su futuro, tanto a nivel personal por los desafíos que le esperaban en su día a día, como a nivel social por las afectaciones que pudiera llegar a haber en la relación con su familia de quienes ahora tendría que depender para varias cosas:

“Es que ¿Sabe? No es solo la pierna, o sea sí, pero es que nunca pensé en esto, mi casa no está hecha para esto, uno no puede ver más allá de sus narices cuando está bien, no piensas en si algún día te enfermas qué harás, no pones ni una rampita ni nada algo así [...] Mis tres hijos ya son adultos y eso me da paz, si algo me pasa ya no dejo niños chiquitos. Aunque lo que sí doctor, me da miedo lo que vendrá, todos trabajan y todos tienen cosas que hacer y a uno, pues le da miedo volverse una carga”.

En el testimonio de S. hay un emergente que, aunque es muy importante, se reconoce que no fue indagado con la profundidad que merecía en esta investigación, pero, se le considera como información relevante por lo que se expone aquí, él muestra que hay un componente de género en la expresión emocional, él lo dice de la siguiente manera:

“Los hombres también lloramos, a uno le da el sentimiento ese de la tristeza por saber que ya no podrá estar aquí, estar allá”.

Aunque, como se dijo líneas más arriba, tanto enfermos como cuidadores posponen la expresión de su tristeza, sobre todo cuando del llanto se trata. Una escena recurrente en campo fue hablar personas con ojos enrojecidos y dificultades para hablar que, al comenzar una conversación sobre cómo se sentían en ese momento, se les entrecortaba la voz y casi de inmediato se llevaban las manos a los ojos, se los tallaban, gesto que vimos repetirse mucho, era un intento de contener el llanto.

Al indagar al respecto se encontraron respuestas que pudimos agrupar en dos grandes categorías que se corresponden, los informantes coinciden en que no dejan fluir sus lágrimas porque quieren ser fuertes, frase que se enuncia y se repite, en los cuidadores, primera categoría en este rubro, la fortaleza se proyecta para con el enfermo y para con el resto de la familia como en el caso de A., él tenía a su esposa internada y muy grave, había sido dada de alta varias ocasiones, pero, regresaba al hospital, su deterioro ya era considerable, al preguntarle por qué no lloraba, usó el argumento de la fortaleza, *“no puedo llorar porque no quiero ponerla más mal, tengo que ser fuerte para ella y para el resto de mi familia”*, era

como si temiera que, al expresar su tristeza, el estado de salud de su pareja pudiera empeorar.

Los enfermos, segunda categoría en la abstención del llanto, también se identificaban con la fortaleza como la razón para evitar llorar a pesar de la merma en su estado de salud, este era el caso de T. que también había sido amputada y tenía que ir seguido al instituto por su diálisis, ella hacía un gran esfuerzo por no llorar cuando estaba en presencia de sus parientes, lo expresaba de la siguiente manera: *“Si me ven llorar y yo me doblo ¿Entonces qué van a hacer? No quiero llorar, no quiero ponerlos más mal”*, ella intentaba proteger a los suyos del dolor que podía ocasionarles su enfermedad y su estado actual, el problema con ello es que eludir el llanto impide que el sujeto atienda las emociones que lo provocan y que son de gran intensidad, pues se expresan de esta manera (Lutz, 2001).

Sería injusto decir que estas son las únicas emociones presentes en quienes están internados en un hospital por un padecimiento crónico y sus cuidadores, el asco también jugó un papel importante, pero, no con la frecuencia de la ira, el miedo y la tristeza, aparte, su vínculo explícito con el aspecto corporal de los pacientes requiere de una teorización más compleja que haría de este escrito más largo y obligaría a ampliar el enfoque del trabajo más allá de las emociones.

No es lo único que queda fuera, aunque mucho más escaso, también tenemos registros de momentos de alegría que se tornan en agradecimiento al compromiso del personal de salud, de felicidad experimentada por cuidadores y personal de salud cuando un paciente cuyo pronóstico era reservado estaba por ser dado de alta y de expresiones de amor entre cuidadores y pacientes, pero, justo por su escasez en comparación con la información presentada es que se ha decidido dejarla fuera.

Se considera que la exposición hasta este punto es suficiente y da cuenta de buena forma sobre los hallazgos en campo, así como la puntualización sobre lo que no ha sido incluido y la razón de ello, de ahí que, a continuación, se proceda con la sección de conclusiones del artículo para resaltar no solo la importancia de este trabajo, sino, la manera de conectarlo con investigaciones futuras y la importancia de aprovechar su potencial interdisciplinario.

CONCLUSIONES

A lo largo de este escrito se ha expuesto que, a pesar de la universalidad en la experiencia humana, la emocionalidad no es una dimensión que se pueda expresar libremente, puesto que queda supeditada al contexto en el cual los sujetos se desenvuelvan y que, en este caso, fue al interior de unas instalaciones hospitalarias, ámbito en donde diese la impresión de que la expresión del malestar emocional estaría justificada pues quienes se insertan en ella entran en contacto con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.

No obstante, y a pesar de que en este trabajo los informantes experimentaron las consecuencias de enfermedades no transmisibles fuera propia o de un ser querido, se encontró que no manifestaban su desazón, más bien seguían rehuendo

al miedo y a la tristeza, para los cuidadores y pacientes era más fácil admitir el enfado, aunque dijeran abiertamente que consideraban estar atravesando un proceso de duelo en el cual, se encontró que las tres emociones convivían entre sí.

A su vez, se halló que tenían dificultades para relacionarse con sus familiares, con el personal de salud que les atendía e incluso, consigo mismos debido a que el diagnóstico (*disease*) y sus consecuencias nunca se quedaba en el nivel personal, la enfermedad impactó a sus familiares, interrumpió sus actividades laborales y limitaba sus capacidades físicas al complicarse (*illness*), por ello les costaba su relación consigo mismos, había reclamos a su persona por no haberse cuidado, pero, también hubo culpa con sus seres queridos que tenían que cuidarlos e incertidumbre de lo que pasaría con ellos en el futuro, pues cada vez eran más dependientes. En este sentido, autores como Kübler-Ross (1997), Lara y Mateos (2003) y Marzán y Varas (2001) reconocen que estas situaciones 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.

Todo lo anterior obliga a que también se considere que, llegados a este punto, se deja de ser paciente para volverse padeciente (Cardoso *et al.*, 2014) y ello conlleva incertidumbre pues no hay un pronóstico de curación para los sujetos, solo se puede apostar por el mantenimiento de la condición en la estén, pero, eso los orilla a pasar más tiempo en instituciones hospitalarias que están sobresaturadas y con escasos recursos, tanto humanos como materiales (*sickness*).

No es que las reglas para sentir estén escritas en algún sitio, más bien son los que están insertos en este lugar quienes se las ponen a sí mismos y, la más evidente de ellas parece ser el no expresar la tristeza por medio de llanto ni el miedo por medio de la palabra, pues se les toma como un sinónimo de debilidad e incluso, aunque es poco el material que se recopiló en ese rubro y no se expuso aquí, el personal de salud también está atendido a estas, casi no se relacionan con sus pacientes y lo hacen mucho menos con los cuidadores de estos a menos que sea para dar informes, pero, en caso contrario, quien cuida es una figura prácticamente invisibilizada.

En parte, esta falta de contacto se da porque los trabajadores de los hospitales están rebasados, tienen muchos más sujetos que atender que los que deberían, pero, por otro lado, no tienen la formación para atender sus necesidades emocionales, reconocer no saber cómo comunicar malas noticias, cómo dar apoyo y contención emocional e incluso, como reaccionar ante la muerte de alguien a quien estén atendiendo. Por la poca información que tenemos al respecto, consideramos que esta es un área de oportunidad de este artículo, pero, que queda como una posible área a explorar en futuras investigaciones.

Por otra parte, también consideramos menester reconocer las limitaciones del presente, es cierto que hay aspectos en la dimensión emocional que no hemos podido abarcar, no por falta de disposición sino porque los informantes en campo no dieron cuenta de ellos como es el caso del papel de la educación en casa o la diferencia sexo-genérica que, seguro juega un papel, pero, del que no tuvimos elementos claros para discernirlo.

En este sentido, debemos reconocer que nuestra realidad es corpórea (Laín, 1989) y subjetiva (Laing, 1982), cada uno de nosotros construye simbólicamente el cuerpo que tiene (Le Breton, 1999) 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).

Así, concluimos que la experiencia emocional de los pacientes y sus cuidadores no es sencilla debido a condiciones estructurales, su complejidad implica un obstáculo más en la experiencia del duelo, pues al no hacer contacto con su tristeza y no expresar libremente su miedo, los sujetos complican su adaptación a la circunstancia, la convivencia con sus seres queridos y consigo mismos, estar en el hospital es difícil por las condiciones precarias y la sobresaturación de la institución, pero, lo es aún más porque la circunstancia detona sensaciones aversivas que los sujetos quisieran no sentir y se niegan a hacerlo, a pesar de que esto los hace sentirse más mal, no hay las condiciones para dejarlo fluir, pues el personal no tiene la formación para atender el aspecto emocional y consideran que harán mal a sus seres queridos si lo expresan, hecho que más bien, les perjudica.

REFERENCIAS

- Cardoso, M. A., Zarco, A., Aburto, I. y Rodríguez, M. (2014). Paciente: Concepto para un modelo de atención médica. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 57(5), 32-42.
- Coyne, J., Stefanek, M. & Palmer, C. (2007). Psychotherapy and survival in cancer: the conflict between hope and evidence. *Psychological Bulletin*, 133(3), 367-394.
- Crivelli, C., Carrera, P., & Fernández-Dols, J. (2015). Are smiles a sign of happiness? Spontaneous expressions of judo winners. *Evolution and human behavior: Official journal of Human Behavior and Evolution Society*, 36(1), 52-58. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2014.08.009>
- Damasio, A. (2000). *Sentir lo que sucede*. Andrés Bello.
- Darwin, C. (1996). *El origen de las especies*. Akal Ediciones.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *The American Psychologist*, 48(4), 384-392. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.48.4.384>
- Fabrega, H. (1972). The study of disease in relation to culture. *Behavioral Science*, 17(2), 183-203. <https://doi.org/10.1002/bs.3830170202>
- Frazzetto, G. (2014). Cómo sentimos. Sobre lo que la neurociencia puede y no puede decirnos acerca de nuestras emociones. Anagrama.
- Goffman, E. (1992). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores.
- Gómez Gude, J. J. (2007). La muerte y el acompañamiento del morir. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 115-131.
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano: Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Guillem, V., Romero, R., Oliete, E. (2007). Manifestaciones del duelo. En C. Camps, & P. Sánchez (Eds.), *Duelo en oncología* (pp. 63-83). Sociedad Española de Oncología Médica.
- Hochschild, A. (1979). Emotion work, feeling rules and social structure. *American journal of sociology*, 85(3), 551-557. <https://doi.org/10.1086/227049>
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*. Basic books, Inc., Publishers.
- Kübler – Ross, Elisabeth (1997) *AIDS: The Ultimate Challenge*, Touchstone Editors, United Kingdom.
- 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 (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.
- Le Breton, D. (1999). *Las pasiones ordinarias*. Nueva Visión.
- Le Breton, D. (2012). Por una antropología de las emociones *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, vol. 4, núm. 10, diciembre-marzo, 2012, pp. 67-77 .
- Lutz, T. (2001). *El llanto. Historia cultural de las lágrimas*. Taurus
- 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), pp1 – 17.
- Merleau Ponty, Maurice (2000) *Fenomenología de la percepción*, Península, Madrid.
- Morin, E. (2006). *El Método V*. Ediciones Cátedra S. A.
- Rosaldo, M. Z. (1980). *Knowledge and Passion: Illogot Notions of Self and Social Life*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Schmidt-Altzer, L. (1985). *Psicología de las emociones*. Herder.

Habilidades sociales, ansiedad social, rendimiento académico y género en estudiantes de psicología

Social skills, social anxiety, academic performance and gender in psychology students

GERARDO REYES HERNÁNDEZ
¹MA. DEL REFUGIO CUEVAS MARTÍNEZ
ALFONSO SERGIO CORREA REYES

RESUMEN: Existe una influencia importante de las habilidades sociales sobre las relaciones interpersonales e, incluso, sobre la calidad de vida. En este contexto se desarrolló el presente estudio, preexperimental correlacional, que tuvo como objetivo investigar si existe relación entre las habilidades sociales, la manifestación de ansiedad social y el rendimiento académico, en estudiantes universitarios (hombres y mujeres). Participaron 312 estudiantes de la carrera de Psicología, con una edad promedio de 18.85 años, a quienes se les aplicaron los Cuestionarios de Habilidades Sociales (CHASO-II) y de Ansiedad Social para Adultos (CASO), obteniéndose una correlación $r(311) = -.562$, $p = .000$, diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en seis de las nueve habilidades sociales, $t(311) = 3.923$, $p = .000$. Las mujeres obtuvieron puntajes más altos solo en la dimensión: expresar sentimientos positivos, $t(311) = -4.132$, $p = .000$. Con relación a la ansiedad social, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las seis dimensiones, mostrando éstas últimas mayor ansiedad social, $t(311) = -6.883$, $p = .000$. Sin embargo, las mujeres obtuvieron mayores puntajes en rendimiento académico $t(264) = -2.128$, $p = 0.000$. Los resultados se discuten en función de las expectativas que la sociedad establece para hombres y mujeres.

Palabras clave: obia social, rendimiento académico, educación superior, diferencias de género, estudiantes universitarios.

ABSTRACT: There is an important influence of social skills on interpersonal relationships and even on quality of life. In this context, the present correlational pre-experimental study was developed, which aimed to investigate whether there is a relationship between social skills, the manifestation of social anxiety and academic performance in university students (men and women). 312 students of the Psychology career participated, with an average age of 18.85 years, to whom the Social Skills (CHASO-II) and the Social Anxiety Questionnaires for Adults (CASO) were applied, obtaining a correlation $r(311) = -.562$, $p = .000$, statistically significant differences between men and women, in six of the nine social skills, $t(311) = 3.923$, $p = .000$. Women obtained higher scores only in the dimension: expressing positive feelings, $t(311) = -4.132$, $p = .000$. Regarding social anxiety, statistically significant differences were found between men and women in the six dimensions, the latter showing greater social anxiety, $t(311) = -6.883$, $p = .000$. However, women obtained higher scores in academic performance, $t(264) = -2.128$, $p = .000$. The results are discussed based on the expectations that society sets for men and women.

Keywords: social phobia, academic performance, higher education, gender differences, university students.

Las instituciones de educación superior, en su búsqueda constante por mejorar la calidad de la enseñanza, se han abocado a la tarea de explicar y, en su caso, manejar las variables de las que depende este proceso, identificando tanto los obstáculos como los facilitadores a los que se enfrentan los estudiantes, considerando que el ingreso a la universidad trae consigo muchos cambios en sus actividades, en la percepción de ellos, de su entorno y que, independiente de que pueden ser percibidos como negativos o positivos, es probable que alteren su estabilidad emocional e incluso física (Arco, López, Heilborn & Fernández, 2005).

Es así como tiene especial importancia el análisis de las conductas vinculadas con estas variables, entre las que se puede mencionar el desarrollo de habilidades sociales, la ansiedad (fobia) social y su vínculo con el rendimiento académico.

Según Caballo (2005), la conducta socialmente habilidosa es: "Ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas". Estas conductas pueden manifestarse con personas (amigos, familiares, pareja, compañeros de trabajo o estudios) y en contextos específicos (escuela, trabajo, hogar, lugares de diversión y de ocio). Generalmente se ha planteado la evaluación de diversas dimensiones, como iniciar y mantener conversaciones, hablar en público, expresión de emociones, defensa de los propios derechos, pedir favores, rechazar peticiones, hacer cumplidos, aceptar cumplidos, expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo, expresión justificada de molestia, desagrado o afecto, disculparse o admitir ignorancia, petición de cambios en la conducta de otro y afrontamiento de las críticas (Campo & Martínez, 2009).

En este orden de ideas, relacionarse con otras personas desde una perspectiva social, es una actividad importante para el ser humano. Estas relaciones requieren que el individuo desarrolle habilidades para llevarlas a cabo, sin embargo, esto no siempre es posible. Hay estudios (Del Prette y Del Prette, 2001), que han observado una relación directa entre el bajo índice de interacción social, el déficit en las habilidades sociales y conflictos en las relaciones interpersonales, presentando una peor calidad de vida y diversos tipos de trastornos psicológicos.

Por otra parte, se ha encontrado que existe una relación estrecha entre las habilidades sociales y el análisis conductual, lo que puede influir en las relaciones interpersonales e incluso en la calidad de vida (Del Prette y Del Prette, 2010). Este vínculo se ha estudiado en jóvenes que ingresan a la universidad. Bartholomeu, Nunes y Machado (2008) analizaron la relación entre las habilidades sociales y la socialización en estudiantes universitarios, sus resultados indicaron diferencias significativas entre sexos. Así, las mujeres presentaron mayor tendencia a expresar afectos positivos, elogiar a familiares, defender a alguien del grupo, además de abordar a desconocidos (pidiéndoles favores o haciéndoles

preguntas) y hablar en público. Por otra parte, los hombres mostraron resultados más elevados en el autocontrol de la agresividad, sugiriendo una mayor tendencia a reaccionar adecuadamente a estímulos que determinen el control de la agresividad y la rabia, en el manejo de críticas y de bromas ofensivas, pero con un componente de impulsividad. Así mismo, se ha encontrado (González- Moreno y Molero-Jurado, 2022) que sí existen diferencias entre hombres y mujeres adolescentes al comparar habilidades sociales y creatividad, siendo las mujeres quienes presentan una mayor cantidad de habilidades sociales, no encontrando diferencias en cuanto a la creatividad. Sin embargo, Cadoche (2009) indica que los déficits en habilidades sociales podrían conducir al desajuste psicológico, provocando que la persona emplee estrategias desadaptativas para resolver sus conflictos, pudiéndose asociar a diversos cuadros psicopatológicos, como la depresión (Roldán, Salazar y Garrido, 2014; Segrin, 2000), trastornos de ansiedad (Caballo, Olivares, López-Gollonet, Irurtia y Rosa, 2003; Roldán *et al.*, 2014), estilos/trastornos de la personalidad (Caballo, Salazar, Irurtia, Arias y Equipo de Investigación CISO-A, 2010; Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares y Olivares, 2014; Del Prette, Falcone y Murta, 2011) y esquizofrenia (Penn, Kohlmaier y Corrigan, 2000).

En otro orden de ideas, el trastorno de ansiedad social (TAS) se ha definido como una respuesta anticipada a un estímulo que se percibe como una amenaza. A partir de esto, se puede presentar tensión, alerta, desconfianza y alarma. Al mismo tiempo, se pueden manifestar cambios fisiológicos como la sudoración, temblor, taquicardia, entre otros (Arango, Romero, y Hewitt, 2018). Este trastorno se caracteriza por la presencia de temor o ansiedad intensos en una o más situaciones sociales, en las que el individuo se ve expuesto a la posible evaluación por parte de otras personas y parece estar relacionado especialmente con la falta de habilidades sociales (Caballo, Salazar, García-López, Irurtia y Arias, 2014; Caballo, Salazar, Garrido e Irurtia, 2012; Caballo, Salazar, Irurtia *et al.*, 2014; Salazar, Roldán, Garrido y Ramos-Navas-Parejo, 2014). Esta situación se convierte en algo muy relevante al considerar que, llevar a cabo estudios universitarios, requiere de contar con habilidades sociales, tales como: hablar en público, participar en seminarios, preguntar y responder a profesores y compañeros, hablar en clase, pedir calificaciones y otras evaluaciones, trabajar en grupo, escuchar, iniciar conversaciones, mantener o concluir relaciones, interactuar con amigos y familiares. Habilidades que permiten al estudiante un buen desempeño académico (Bandeira y Quaglia, 2005; Del Prette y Del Prette, 2003; Del Prette *et al.*, 2004; Pacheco y Rangé, 2006; Villas-Boas, Silveira y Bolsoni-Silva, 2005).

Ingresar a la universidad representa una gran responsabilidad en más de un sentido, se deben cumplir con exigencias académicas, tales como participar en cada unidad de aprendizaje, entrega y exposición de reportes de las investigaciones que se realizan, responder a exámenes escritos u orales, llevar a cabo trabajos en equipo, entre otras muchas actividades. Pero, al mismo tiempo, se establecen relaciones afectivas, de amistad y de trabajo que requieren la manifestación de habilidades sociales, habilidades que, en ocasiones, pueden producir ansiedad, interfiriendo con el desempeño adecuado, tanto a nivel escolar como personal,

llegando incluso a producir trastornos físicos como problemas gastrointestinales, dolores de cabeza, palpitaciones cardíacas (Bados, 2001).

Por otro lado, es importante mencionar que los estudiantes que logran ingresar a Instituciones de Educación Superior poseen el potencial intelectual necesario para realizar sus estudios en forma satisfactoria y, partiendo de la certeza de que el principal objetivo de las Universidades es propiciar el desarrollo intelectual de los estudiantes, atender este problema es de vital importancia a fin de que los jóvenes puedan manifestar e incrementar ese potencial al máximo (Morales, 2011).

En otro orden de ideas, el rendimiento académico se puede definir como el valor atribuido a los resultados de aprendizaje de los estudiantes, en un área temática determinada, comparado con el nivel de conocimientos esperado en sus pares. Es considerado también como un indicador de la calidad de la enseñanza universitaria e incluye factores pedagógicos, institucionales, sociodemográficos y psicosociales (Montero-Rojas y Villalobos-Palma, 2007). También se entiende como el grado de éxito o fracaso en una materia, asignatura o unidad de aprendizaje (Busta, 2008), que es medido mediante pruebas. Solórzano (2009) por su parte, lo define como el resultado final de la influencia del proceso de enseñanza – aprendizaje, que son las acciones, en conjunto, de sus componentes, orientadas por el facilitador o profesor y logrado por el esfuerzo del alumno, que evidencia la formación integral de éste.

Existen investigaciones que han mostrado interés en el rol de las habilidades sociales en el éxito escolar y, por ende, en el rendimiento académico (Mackee y Bain, 1997).

Aunque la conexión entre las habilidades sociales y el rendimiento académico no ha mostrado resultados consistentes que permitan concluir que existe una relación causal entre estas variables, sí hay evidencia de que existe una relación entre ellas (Lewis, 2007).

Por otra parte, existen pocas evidencias sobre las diferencias de género, relacionadas con el desarrollo tanto de las habilidades sociales académicas como del rendimiento académico y la interacción entre ambas. El género y su representación social, en términos del rol social y cultural, ha sido estudiado, sobre todo en el contexto de sus efectos en las relaciones hombre-mujer y en temáticas tales como la violencia intrafamiliar (Anastassiou y Pantoja, 1998; Rey-Anacona, 2008). Una conclusión compartida es que aún persiste una fuerte adhesión a ideas tradicionales sobre el rol que hombres y mujeres cumplen (SERNAM, 2002). Se ha señalado que los estereotipos de género (hombre: proveedor, y mujer: cuidadora) están aún vigentes (Cantera & Blanch, 2010).

Se ha planteado (Echavarri, Godoy y Olaz, 2007) que las diferencias de género en el rendimiento académico pueden deberse tanto a habilidades cognitivas como sociales. Es así como, mientras que las mujeres muestran mejores rendimientos en el área verbal y los hombres en las de razonamiento, también aparecen diferencias en cuanto a las habilidades

sociales, tales como motivación en los estudios y autoeficacia percibida. Así, las mujeres tienden a lograr mejores puntajes en habilidades sociales que los varones (Bandura, Silva, Cordeiro, Pereira & Del Prette, 2006). Se ha encontrado que los varones enfrentan más rechazo que las mujeres, aunque esto podría explicarse por las normas sociales relacionadas con el género.

Las mujeres tienden a defender con mayor frecuencia a las víctimas por lo que se integrarían más fácilmente en el ambiente escolar mientras que los varones se orientan más hacia la comprensión y uso de la agresión como parte de su proceso de identificación social. (Laukkanen, Pölkki, Oranen, Viinamäki & Lehtonen, 2002).

La actividad social y el control emocional son coadyuvantes del logro académico, por lo que las mujeres tienen mayor probabilidad de tener éxito (Robbins, Allen, Casillas, Hamme y Huy, 2006). Por otro lado, se ha encontrado (Jacob, 2002) que los varones pueden tener dificultades para desarrollar habilidades consideradas como no cognitivas, entre las que se pueden mencionar la capacidad para prestar atención en clases, trabajar con otros en equipo, capacidad para dar seguimiento a las tareas o materias de clases y para pedir ayuda a otros.

Por otra parte, mientras que, en las mujeres, la presencia de habilidades sociales para las relaciones interpersonales se asocia al éxito académico, en los hombres esta asociación se observa sólo en la habilidad para vincularse adecuadamente con las mujeres y estas diferencias de género observadas durante el periodo escolar tienden a mantenerse durante la formación universitaria (Oyarzún-Iturra, Pino y Oyarzún-Jara, 2012). Esto podría deberse a que el desarrollo deficiente de habilidades sociales durante el periodo escolar, generalmente no se modifica durante la etapa de formación universitaria, por lo que mantienen su efecto diferencial sobre el rendimiento académico. En este sentido, y considerando el impacto que las habilidades sociales tienen en el desarrollo de la vida adulta (Jacob, 2002), es muy importante reflexionar en torno a la pertinencia de llevar a cabo estrategias de intervención según el género, en estas habilidades no cognitivas tanto durante el periodo escolar básico, medio y universitario. Ya que se ha encontrado que sí existen diferencias en cuanto a la manifestación de habilidades sociales, particularmente de comunicación entre hombres y mujeres (Holst et al, 2017).

Es así que se plantea el siguiente problema de investigación: Para un estudiante universitario, la falta de habilidades sociales que permitan afrontar, de forma adecuada, las interacciones con otras personas suele ocasionar ansiedad y, en muchas ocasiones, dificulta el desarrollo de las actividades escolares, tales como exposiciones y trabajar en equipo.

Todo ello puede generar ansiedad social, incrementando temores al encontrarse en situaciones de tipo social y puede manifestarse al hablar en público, al comer o beber en compañía de terceros, hablar con la persona que le atrae e incluso, preocuparse durante días o semanas antes de un evento donde sabe que habrá muchas personas.

Se ha observado (Caballo, Verania & Bas, 2007) que el síntoma más común de la ansiedad social es la evitación de las situaciones que la generan, sin embargo, para un estudiante, esto limita sus oportunidades tanto de desarrollo personal como académico. Así mismo, se ha encontrado (Marín-Ramírez, Martínez-Díaz y Ávila-Avilés, 2015) que la mayoría de los casos de ansiedad social inician entre los 14 y 16 años, con una mayor prevalencia en mujeres que en hombres. Por lo que es de vital importancia estudiar los factores que producen esta problemática.

Es en este contexto en el que se desarrolló el presente estudio, preexperimental correlacional, que tuvo como objetivo investigar si existe relación entre las habilidades sociales, la manifestación de ansiedad social y el rendimiento académico, en estudiantes universitarios.

Se plantearon las siguientes hipótesis:

- Las mujeres pertenecientes a la muestra tendrán puntajes más altos en el Cuestionario de Habilidades Sociales, en comparación con los hombres.
- Las mujeres pertenecientes a la muestra tendrán puntajes más altos, en el Cuestionario de Ansiedad Social, en comparación con los hombres.
- Las mujeres pertenecientes a la muestra tendrán un mejor rendimiento académico, en comparación con los hombres.

METODOLOGÍA

Participantes

312 estudiantes de la carrera de Psicología de 1°, 2° y 5° semestres (104 hombres y 209 mujeres), con una edad promedio de 18.8 años ($DE = 2.368$), quienes respondieron el CASO y el CHASO, solo se obtuvo el rendimiento académico de 264. Fueron seleccionados por muestreo accidental, mediante una invitación a participar en la investigación.

Variables

Definiciones Conceptuales:

Habilidades sociales: La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo, en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de los futuros problemas (Caballo, 1986).

Ansiedad social. El DSM-5 (APA, 2013), la define como el trastorno de ansiedad social (TAS) (o fobia social). Es un "temor o ansiedad intensos en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible escrutinio por parte de otras personas".

Rendimiento académico. Hace referencia a la evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar. Es una medida de las capacidades del estudiante, que expresa lo que éste ha aprendido a lo largo del proceso formativo.

Operacionales

Habilidades sociales: Puntaje obtenido en el Cuestionario de habilidades sociales (CHASO II).

Ansiedad social: Puntaje obtenido en el Cuestionario de Ansiedad Social para adultos (CASO-A30).

Rendimiento académico. Es la nota académica del promedio de las calificaciones obtenidas por cada estudiante, durante el semestre en el que se aplicaron los instrumentos. Se solicitó al Departamento de Servicios Escolares.

Diseño

Preexperimental, correlacional-comparativo, ya que no se hicieron manipulaciones experimentales.

Instrumentos

- Cuestionario de habilidades sociales (CHASO-II;** Caballo, Salazar y Equipo de Investigación CISO-A España, 2017). Este instrumento, de evaluación de las habilidades sociales, consta de 76 ítems, que se puntúan en una escala Likert de cinco puntos, desde 1= "Muy poco característico de mí", hasta 5 = "Muy característico de mí". El CHASO-II evalúa doce dimensiones de las habilidades sociales: 1) Hablar o actuar en público/ Interaccionar con superiores, 2) Expresar sentimientos positivos, 3) Rechazar peticiones, 4) Interaccionar con personas que me atraen, 5) Bailar o cantar en público, 6) Revelar información propia a personas cercanas, 7) Preguntar a un dependiente o a un desconocido, 8) Expresar molestia, desagrado o enfado 9) Expresar opiniones diferentes/Aclarar opiniones, 10) Pedir disculpas/Reconocer ignorancia y errores propios, 11) Interaccionar con desconocidos y 12) Agradecer las felicitaciones/Disculpar con vendedores. La varianza explicada es de 56.97%, aceptándose que el cuestionario de habilidades sociales tienen una confiabilidad y consistencia interna adecuados. El alfa de Cronbach total es de 0,88 mientras que el coeficiente de fiabilidad de Guttman es de 0,86. Este instrumento fue validado con población mexicana por Silva (2017) con un alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones que va de 0.91 a 0.62.
- Cuestionario de Ansiedad Social para adultos (CASO-A30;** Caballo et al., 2012, 2015; Caballo, Salazar, Arias et al., 2010). Este instrumento, de evaluación de la ansiedad social, consta de 30 ítems que se puntúan en una escala Likert de cinco puntos, desde 1= "Nada o muy poco malestar, tensión o nerviosismo", hasta 5= "Mucho o muchísimo malestar, tensión o nerviosismo". El CASO evalúa cinco dimensiones de la ansiedad social: 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, 2) Interacción con desconocidos, 3) Interacción con el sexo opuesto, 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, y 5) Quedar en evidencia o en ridículo. Cada dimensión consta de seis ítems, distribuidos al azar a lo largo del cuestionario. El CASO ofrece una puntuación global de ansiedad social, pero también permite obtener puntuaciones en cada una de sus cinco dimensiones. Los puntos de corte están establecidos

para cada sexo (Caballo et al., 2012). El cuestionario ha mostrado una estructura penta factorial sólida y estable, explicando porcentajes adecuados de varianza acumulada (entre 40.80% y 54.39%) en muestras clínicas y generales. Los niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach) informados para la puntuación total del CASO son altos (desde .88 hasta .93) y para las dimensiones (o factores) de moderados a altos (de .66 a .90). La fiabilidad informada (método de las dos mitades de Guttman) respecto a la puntuación total del CASO es alta (desde .82 hasta .94) (Caballo et al., 2012, 2015; Salazar, 2013).

Procedimiento

Antes de la aplicación se les indicó que los datos proporcionados eran de carácter estrictamente confidencial y con fines de investigación. Se aplicaron los cuestionarios CHASO II y CASO-A30, se explicaron las instrucciones sobre el llenado de los instrumentos y se informó que si tenían dudas, se les aclararían durante la aplicación. Posteriormente se les entregaron dos cuadernillos. El primero con las instrucciones de llenado y los instrumentos y el segundo con las hojas de respuesta. Se les informó que su participación era voluntaria y que quienes contestaran los instrumentos, consentían en participar en dicha investigación.

RESULTADOS

Se aplicó la prueba de Levene de igualdad de varianzas, para determinar la utilización de la prueba estadística

adecuada, para la comparación entre hombres y mujeres. Ya que, de acuerdo a los resultados, mostrados en la Tabla No. 1, se observa que existe igualdad de varianzas en las variables Chaso II y Caso se aplicó la prueba t para muestras independientes. Por otra parte, se observa que en el caso de la variable Rendimiento Académico no cumple con el supuesto de igualdad de varianzas, por lo tanto, se aplicó la prueba estadística no paramétrica U de Man-Whitney.

Se aplicó una prueba t se Student para muestras independientes, con los datos de cada instrumento en general y considerando su análisis por género.

Con respecto al CHASO II se realizó una comparación por sexo entre hombres y mujeres, en lo general se obtuvo una $t(311) = 3.923$, $p = .000$, media hombres = 32.763 y de las mujeres 30.429. Los hombres tienen más habilidades sociales.

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en seis de las nueve **habilidades sociales**. Las mujeres obtuvieron puntajes más altos solo en la dimensión: expresar sentimientos positivos (tabla No. 2).

Se aplicó una prueba t, para muestras independientes a fin de comparar el CASO (Ansiedad Social) por sexo entre hombres y mujeres. La media de los hombres fue de 78.29 y la de las mujeres de 87.38.

En todos los casos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre hombre y mujer, todas (negativas), lo que

TABLA 1. Que muestra la igualdad de varianzas de las variables CHASO II, CASO y rendimiento académico.

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas	
		F	Sig.
CHASO II	Se asumen varianzas iguales	.947	.331
	No se asumen varianzas iguales		
CASO	Se asumen varianzas iguales	.001	.980
	No se asumen varianzas iguales		
Rendimiento académico	Se asumen varianzas iguales	11.009	.001
	No se asumen varianzas iguales		

TABLA 2. Muestra las diferencias obtenidas en la aplicación del CHASO II entre hombres y mujeres.

	Categoría	T	Sig. Bilateral
1	<i>Hablar en público e interactuar</i>	4.567	.000
2	<i>Expresar sentimientos positivos</i>	-4.132	.000
3	Rechazar peticiones	-.500	.617
4	<i>Interactuar con personas que me atraen</i>	14.125	.000
5	<i>Quedar en evidencia</i>	5.122	.000
6	Expresar molestia	1.189	.235
7	<i>Expresar opiniones pedir aclaraciones</i>	5.756	.000
8	Pedir disculpar reconocer ignorancia	-1.616	.106
9	<i>Interactuar con desconocidos</i>	3.662	.000

indica que las mujeres generan más Ansiedad Social que los hombres (tabla No. 3).

Sin embargo, en rendimiento académico las mujeres obtuvieron mayores puntajes, $t(264) = -2.128$, $p = 0.000$, posiblemente por un mayor compromiso con su formación profesional. La media de los hombres es de 8.66 y la de las mujeres 8.91.

Con respecto a las correlaciones, fueron 60 en total, 58 son significativas, y también 58 son negativas. Las Habilidades Sociales que más correlacionan con CASO son Hablar en público; interactuar con desconocidos e Interactuar con personas que me atraen, las interacciones entre ellas también son de las más altas, así como la Interacción con personas del

sexo contrario, que también quedan en los lugares más altos (tabla No. 4).

Así mismo, al hacer el análisis, se observaron diferencias en el rendimiento académico entre hombres y mujeres. Como ya se mencionó, la media para los hombres fue de 8.66 y la de las mujeres 8.91 (ver tabla No. 5).

De acuerdo a los análisis se observa que no existe correlación estadísticamente significativa entre el rendimiento académico, el Chaso_2 y el Caso, pero sí existe una correlación negativa moderada entre el Chaso_2 y el Caso. Lo cual significa que, a mayores Habilidades Sociales menor Ansiedad Social (ver Tabla No. 6).

TABLA 3. Que muestra las diferencias entre hombres y mujeres, en la aplicación del CASO.

		t	Sig. Bilateral
1	<i>Hablar en Público</i>	-6.721	.000
2	<i>Interacción con desconocidos</i>	-3.162	.002
3	<i>Interacción con personas del sexo contrario</i>	-7.753	.000
4	<i>Expresión asertiva de enojo/molestia</i>	-4.531	.000
5	<i>Quedar en ridículo</i>	-5.126	.000

TABLA 4. Muestra Las Correlación entre Categorías: Habilidades Sociales y Categorías Ansiedad Social.

	Hablar en Público	Interacción con desconocidos	Interacción con personas del sexo contrario	Expresión asertiva de enojo/molestia	Quedar en ridículo	Puntaje global del CASO
Hablar en público e interactuar	-.556**	-.356**	-.362**	-.272**	-.326**	-.471**
Expresar sentimientos positivos	-.203**	-.346**	-.186**	-.230**	-.198**	-.290**
Rechazar peticiones	-.192**	-.266**	-.237**	-.450**	-.347**	-.369**
Interactuar con personas que me atraen	-.366**	-.386**	-.583**	-.295**	-.296**	-.488**
Quedar en evidencia	-.353**	-.303**	-.296**	-.308**	-.460**	-.427**
Expresar molestia	-.199**	-.261**	-.293**	-.336**	-.214**	-.326**
Expresar opiniones pedir aclaraciones	-.168**	-.211**	-.268**	-.139**	-.067**	-.218**
Pedir disculpar reconocer ignorancia	-.148**	-.242**	-.099**	-.163**	-.138**	-.196**
Interactuar con desconocidos	-.408**	-.608**	-.454**	-.249**	-.339**	-.518**
Total CHASO	-.439**	-.507**	-.484**	-.409**	-.399**	-.562**
** $p < 0.01$						

TABLA 5. Que muestra la comparación del rendimiento académico entre hombres y mujeres.

	Categoría
	Estadísticos de prueba
	RENDIMIENTO ACADÉMICO
U de Mann-Whitney	206945.000
Z	-6.789
Sig. asintótica (bilateral)	.000

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos, se aceptó la **primera hipótesis**, que planteaba que las mujeres, pertenecientes a la muestra, obtendrían puntajes más altos, en el Cuestionario de Ansiedad Social, en comparación con los hombres, lo que concuerda con los resultados del estudio de Robles, et al. (2008), quienes encuentran que las mujeres presentan mayor miedo a la evaluación negativa y una mayor dependencia emocional, en comparación con los hombres. Así mismo, nuestros resultados apoyan lo planteado por Alonso et al., (2004) y Carrasco-Galán y Espinar-Fellmann (2008), cuando plantean que las mujeres, en edad reproductiva, son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres. Aproximadamente entre 2 a 3 veces más. De hecho, el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. Mientras que el 8,7% de las mujeres, en comparación al 3,8% de los hombres, habían padecido un trastorno de ansiedad en el último año.

Con relación a la **segunda hipótesis**, que planteaba que las mujeres tendrían puntajes más altos en el Cuestionario de Habilidades Sociales, en comparación con los hombres, se rechazó, ya que fueron éstos últimos quienes obtuvieron puntajes más altos, en cinco de las habilidades sociales y

las mujeres solamente en “expresar sentimientos positivos”. Lo que apoya lo encontrado por Sánchez-Aragón y Méndez-Canales, quienes en el 2011 plantean que a las mujeres les resulta más fácil expresar sus emociones que a los hombres.

Y, con relación a la **tercera hipótesis**, que planteaba que las mujeres, tendrían un mejor rendimiento académico, en comparación con los hombres, sí se aceptó, concordando con los resultados obtenidos por Echavarrí, Godoy y Olaz (2007), quienes encontraron que el rendimiento académico de las mujeres es mayor que el de los varones.

En resumen, los hombres tienen más habilidades sociales y las mujeres más fobia social. Las mujeres presentan mejor rendimiento académico, esto puede estar asociado con un mayor compromiso académico y, posiblemente, con un alto puntaje de fobia social a quedar en evidencia y hablar en público. En tanto que los hombres emplean sus habilidades sociales para conquistar a las chicas, aspectos relacionados con lo planteado por Oyarzún Iturra, Pino y Oyarzún Jara (2012), al indicar que las diferencias de género, observadas durante el periodo escolar, tienden a mantenerse durante la formación universitaria. Esto podría deberse a que el desarrollo deficiente de habilidades sociales durante el periodo escolar no tiene la posibilidad de ser “reparado” durante la formación universitaria y mantiene su efecto diferencial sobre el rendimiento académico.

Los resultados de esta investigación, en relación con el hecho de que las mujeres mostraron mayor ansiedad social y un número menor de habilidades sociales, se pueden interpretar desde la perspectiva de las expectativas que la sociedad tiene para hombres y mujeres. Por una parte, se espera que los varones sean competitivos, privilegiando conductas vinculadas a la fuerza, energía, firmeza o poder. De tal suerte que desarrollan habilidades sociales que les facilitan la adaptación a su entorno e incrementan sus relaciones interpersonales, lo que no está directamente relacionado con

TABLA 6. Muestra las correlaciones DE LOS PUNTAJES GLOBALES entre las tres variables (CHASO II, CASO Y RENDIMIENTO ACADÉMICO).

	Correlaciones			
		Rendimiento académico	TotalCHASO_2	CASO
Rendimiento académico	Correlación de Pearson	1	.005	.104
	Sig. (bilateral)		.946	.197
	N	952	156	155
Total CHASO II	Correlación de Pearson	.005	1	-.562**
	Sig. (bilateral)	.946		.000
	N	156	313	312
Puntaje global del CASO	Correlación de Pearson	.104	-.562**	1
	Sig. (bilateral)	.197	.000	
	N	155	312	312

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

su rendimiento académico. Por otra parte, se espera de las mujeres otro tipo de comportamientos, más relacionados con la cooperación, empatía y gentileza. Conductas que parecen estar más relacionadas con desarrollar mejores relaciones interpersonales y, por ende, podrían vincularse con un mejor rendimiento académico. Así se ha encontrado (Jacob, 2002) que éste suele ser más alto en las mujeres que en los hombres, en los diferentes niveles escolares y que esta diferencia puede atribuirse a factores no cognitivos, asociados al género.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., Girolamo, R., Graaf, K., Demyttenaere, I., Gasquet, J.M., Haro, S.J., Katz, R.C., Kessler, V., Kovess, J.P., Lépine, J., Ormel, G., Polidori, L.J., Russo, G., Vilagut, J., Almansa, S., Arbabzadeh-Bouchez, J., Autonell, M., Bernal, M.A., Buist-Bouwman, M., Codony, A., Domingo-Salvany, M., Ferrer, S.S., Joo, M., Martínez-Alonso, H., Matschinger, F., Mazzi, Z., Morgan, P., Morosini, C., Palacín, B., Romera, N., Taub, W.A. & Vollebergh, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Suppl. 420), 21-27.
- Anastassiou, I. y Pantoja C. (1998). *Rol de la Mujer del Siglo XXI*. Corriente de Opinión N° 1.
- Arango, L., Romero, G., Hewitt, R. & Rodríguez, W. (2018). *Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia*. D.R. © 2018 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. ISBN: 978-607-448-732-9 versión electrónica.
- Arco, J. L., López, S., Heilborn, V. A. & Fernández, F. D. (2005). Terapia Breve en Estudiantes Universitarios con Problemas de Rendimiento Académico y Ansiedad: Eficacia del Modelo "La Cartuja". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 589-608. ISSN: 1697-2600.
- Bados, A. (2001). *Fobia Social*. Paidós.
- Bandeira, M. & Quaglia, M. A. (2005). Habilidades sociais de estudantes universitários: identificação de situações sociais significativas. *Interação em Psicologia*, 9, 45-55.
- Bandura, M., Silva, S., Cordeiro, L., Pereira, Z. & Del Prette, A. (2006) Habilidades sociais eviáveis sociodemográficas em estudantes do ensino fundamental. *Psicologia em estudo*, 11(3), 541-549.
- Bartholomeu, D., Nunes, C. H. S. S., & Machado, A. A. (2008). Traços de personalidade e habilidades sociais em universitários [Personality traits and social skills in college students]. *Psico-USF*, 13(1), 41-50. doi:10.1590/S1413-82712008000100006
- Busta, P. (2008). *Factores que Afectan el Rendimiento Académico*. Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Irurtia, M. J. & Rosa, A. I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11, 539-562.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., García-López, L. J., Irurtia, M. J. & Arias, B. (2014). Trastorno de ansiedad social (fobia social): características clínicas y diagnósticas. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles (dirs.). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. (2ª ed.) (pp. 183-217). Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Garrido, L. & Irurtia, M. J. (2012). Fobia social. En M. A. Vallejo (dir.). *Manual de terapia de conducta*. (tomo 1, 2ª ed.) (pp. 335-401). Dykinson.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B. & Equipo de Investigación CISO-A (2010). Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 259-276.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Olivares, P. & Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 401-42.
- Caballo, V., Verania, A. & Bas, F. (2007). Fobia social. En V. E. Caballo (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (pp. 25-87). Siglo XXI.
- Cadoche, L. (2009) Habilidades Sociales y Rendimiento Académico en un entorno de Aprendizaje Cooperativo. Universidad Nacional del Litoral Argentina, P. 32.
- Campo, L. & Martínez, Y. (2009) Habilidades Sociales en Estudiantes de Psicología de una Universidad Privada de la Costa Colombiana. Universidad Simón Bolívar. Colombia.
- Cantera, L. & y Blanch, J. (2010). Percepción social de la violencia en la pareja desde los estereotipos de género. *Intervención psicosocial*, 19(2) 121- 127.
- Carrasco-Galán, I. & Espinar-Fellmann, I. (2008). Trastornos de ansiedad y género. *Mente y Cerebro*, 31, 12-21.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2003). No contexto da travessia para o ambiente de trabalho: treinamento de habilidades sociais com universitários. *Estudos de Psicologia*, 8, 413-420.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2001). *Inventário de habilidades sociais: manual de aplicação e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., Barreto, M. C. M., Bandeira, M., Rios-Saldaña, M. R., Ulian, A. L. A. O., Gerk-Carneiro, E. F., Falcone, E. M. O. & Villa, M. B. (2004). Habilidades sociais de estudantes de Psicologia: um estudo multicêntrico. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 17, 341- 350.
- Del Prette, Z. A. P., Falcone, E. M. O. & Murta, S. G. (2011). Contribuições do campo das habilidades sociais para a compreensão, prevenção e tratamento dos transtornos de personalidade. En L. F. Carvalho y R. Primi (dirs.). *Perspectivas em psicologia dos transtornos da personalidade: teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2010). Social skills and behavior analysis: Historical proximity and new issues. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1(2), 104-115.
- Echavarrí, M., Godoy, C. & Olaz, F. (2007). Diferencias de género en habilidades cognitivas y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Universitas*

- Psychologica*, 6(2), 319-329.
- González Moreno, A., & Molero Jurado, M. del M. (2022). Diferencias de sexo en habilidades sociales y creatividad en adolescentes: una revisión sistemática. *Revista Fuentes*, 24(1), 116–126. <https://doi.org/10.12795/revistafuentes.2022.17471>.
- Holst, I. C., Galicia, Y., Gómez, G. & Degante, A. (2017). Las habilidades sociales y sus diferencias en estudiantes universitarios. *VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud* 20(2): 22-29, 2017.
- Jacob, B. (2002). Where the boys aren't: non-cognitive skills, returns to school and the gender gap in higher education. *Economics of Education Review*, 21, 589 – 598.
- Laukkanen, E., Pölkki, P., Oranen, L., Viinamäki, H. & Lehtonen, J. (2002). Factores que predicen el rechazo escolar a largo plazo. *European journal of psychiatry*, 16(1), 47-56.
- Lewis, T. (2007). Social inequality in education: A constraint on an American high – skills future. *Curriculum Inquiry*, 37, 329 – 349.
- Mackee, T. & Bain, S. (1997). Predicting early school success with developmental and social skills screeners. *Psychology in the Schools*, 34(3), 219-228.
- Marín-Ramírez, A. H., Martínez-Díaz, G. J. & Ávila-Avilés, J. M. (2015). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Rev Biomed*. 26, 23-31.
- Montero Rojas, E., y Villalobos Palma, J. (2007). Factores Institucionales, Pedagógicos Psicosociales y Sociodemográficos Asociados al Rendimiento Académico en la Universidad de Costa Rica: Un Análisis Multinivel. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa* (RELIEVE).
- Morales Olivo, E. (2011). La ansiedad social en el ámbito universitario. *Revista Griot*, 4(1), 35-48. Recuperado a partir de <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1870>.
- Oyarzún-Iturra, G. Pino, E. & Oyarzún-Jara, J. (2012). Habilidades sociales y rendimiento académico. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 21-28.
- Pacheco, P. & Rangé, B. (2006). Desenvolvimento de habilidades sociais em graduandos de Psicologia. En M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette y A. Del Prette (dirs.), *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp. 199-216). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Penn, D. L., Kohlmaier, J. R., & Corrigan, P. W. (2000). Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptoms. *Schizophrenia Research*, 45, 37-45.
- Rey-Anacona, C.A. (2008). Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 26, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 227-241. Bogotá.
- Robbins, S., Allen, J., Casillas, A., Hamme, C. & Huy, L. (2006). Unraveling the differential effects of motivational and skills, social and self-management measures from traditional predictors of colleges' outcomes. *Journal of educational psychology*, 98(3), 598-616.
- Robles, R.; Espinosa, R.; Padilla, A.; Álvarez, M.A.; Páez, F. (2008). Ansiedad Social en Estudiantes Universitarios: Prevalencia y Variables Psicosociales Relacionadas Psicología Iberoamericana, vol. 16, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 54-62
- Roldán, G. M., Salazar, I. C. & Garrido, L. (2014). La asertividad y la salud de familiares cuidadores de pacientes con trastorno mental grave. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 22, 501-521.
- Salazar, I. C., Roldán, G. M., Garrido, L. & Ramos-Navas-Parejo, J. M. (2014). La asertividad y su relación con los problemas emocionales y el desgaste en profesionales sanitarios. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 22, 523-549.
- Sánchez-Aragón, R. & Méndez-Canales, R. (2011). Elementos mediadores de la felicidad y el bienestar subjetivo en hombres y mujeres. *Revista Costarricense De Psicología*, 30(45-46), 51-76. Recuperado a partir de <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/4>.
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20, 379-403.
- SERNAM. (2002) Hombres y Mujeres: Cómo ven hoy su rol en la sociedad y en la familia. Documento de estudio. [http:// estudios.sernam.cl](http://estudios.sernam.cl).
- Solórzano, N. (2009) *Manual de Actividades para el Rendimiento Académico*. Trillas.
- Villas Boas, A. C. V. B., Silveira, F. F. & Bolsoni-Silva, A. T. (2005). Descrição de efeitos de um procedimento de intervenção em grupo com universitários: um estudo piloto. *Interação em Psicologia*, 9, 321-330.