

Los
desafíos de la **psicología** en la
sociedad mexicana contemporánea

Coordinadores
Joel Zapata Salazar
Jana Petzelová Mazacová
Ruth Vallejo Castro

Directorio ejecutivo CUMex

Dr. Juan Eulogio Guerra Liera

Presidente del Consejo de Rectores del
Consortio de Universidades Mexicanas

Ing. José Andrés Suárez Fernández

Vicepresidente del Consejo de Rectores del
Consortio de Universidades Mexicanas

Dr. José Rodolfo Calvo Fonseca

Comisario

Dr. Ismael García Castro

Coordinador General CUMex

Dr. Juan Pablo Cetina Monterrey

Secretario Técnico

MC. Manuel Efrén Siu Quevedo

Coordinador del Programa de Cátedras
Nacionales CUMex

**Publicación financiada con recursos del Consorcio de
Universidades Mexicanas (CUMex), de la Universidad
Autónoma de Coahuila y de la Facultad de Psicología.**

Los desafíos de la psicología en la sociedad mexicana contemporánea

Primera edición: octubre de 2019

©Universidad Autónoma de Coahuila

©Ediciones de Laurel, S.A. de C.V.

ISBN Universidad Autónoma de Coahuila: 978-607-506-374-4

ISBN Ediciones de Laurel: 978-607-8477-88-3

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del contenido de la presente obra en cualesquiera formas, sean electrónicas, mecánicas o por fotocopia, sin el consentimiento previo y por escrito de los titulares de los derechos.

Coordinación editorial: Cecilia Sánchez Salinas

Cuidado editorial: Ivonne Arciniega Torres y

Brenda Muñoz Muñoz

Diseño de portada: Gloria Ivonne Alvarez López

Diagramación: Gloria Ivonne Alvarez López

La totalidad de los capítulos que integran este libro fueron arbitrados; sometidos a evaluación externa mediante un dictamen de doble ciego, donde participaron especialistas en el área. Las versiones finales se enriquecieron con las aportaciones de los pares académicos. Así mismo, se empleó un software especializado para el análisis de similitudes, con respecto a otras obras. La Dirección de Investigación y Posgrado de la UAdeC, mantiene en resguardo los resultados de este proceso.

Los integrantes de comité de dictaminadores, fueron:

M.C. Isauro García Alonso

M.C. Rafael Samaniego Garay

Universidad Autónoma de Zacatecas

Dra. Patricia Balcázar Nava

Universidad Autónoma del Estado de México

Dr. Jaime Fernández Escárzaga

Universidad Juárez del Estado de Durango

Dra. Itizia María Cázares Palacios

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Dra. Ana Mercedes Guzmán

Universidad Incarnate Word, Campus Bajío

Dra. Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza

Universidad del Valle de México, Campus Cumbres

Mtra. Aracely Pérez Cárdenas

**Universidad Interamericana para el Desarrollo,
Campus Saltillo**

M.C. Minerva Cázares Escalera

Centro de Psicología Cognitivo Conductual de Monterrey

Mtra. Ana Gabriela Hernández Bross

Secretaría de Educación del Estado de Coahuila

Dr. José María Guajardo Espinoza

Dr. José González Tovar

Dra. Alicia Hernández Montañón

Dra. Cristina Martínez García

Dra. Rosa Isabel Garza Sánchez

M.C. Diana Isabel López Rodríguez

M.C. Alma Rosa Garza del Toro

M.C. Karla Patricia Valdés García

M.C. Ángela Molina Arriaga

M.C. Martha Sánchez Cobiza-Cadena

Mtra. María Antonieta Longoria Sánchez

Mtra. Berenice de la Peña Aguilar

Mtra. Margarita Molina Duque

Universidad Autónoma de Coahuila

Impreso en México
Printed in Mexico



Consorcio de
Universidades
Mexicanas
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR



Índice

1. La fuente social del currículo: reflexiones previas para evaluar la función y compromiso social en la formación profesional del psicólogo 9
 - José Simón Sánchez Hernández
 - Lucía Cabrera Mora
 - María Tereza Santiesteban Contreras
 - Patricia Lorena Martínez Martínez

2. Los problemas emergentes de la psicología de la salud 37
 - Ana María Martínez Jerez
 - Claudia Adriana Calvillo Ríos
 - Claudia Teresa Solano Pérez
 - Lilián Elizabeth Bosques Brugada
 - María del Consuelo Escoto Ponce de León
 - Maricela Guevara Cabrera
 - Patricia Prieto Silva
 - Rebeca María Elena Guzmán Saldaña

3. Virtualidad e investigación: una experiencia en el uso de herramientas tecnológicas para la difusión de resultados de nóveles investigadores 63
 - Alejandra Castillo Peña
 - Jesús Adriana Sánchez Martínez
 - Juan Martín Sánchez Bautista
 - María Teresa Santiesteban Contreras
 - Silvia del Carmen Miramontes Zapata

4. El modelo de prácticas residenciales de la Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana de la UJED 87
 - Cecilia Castañeda Martínez
 - Elda Raquel Vázquez Ríos
 - Isela Vanesa Herrera Vargas
 - Sagrario Salas Name

5. Niñez y migración 109
- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| Dayana Luna-Reyes | María Elena Rivera Heredia |
| Eneyda Rayo Varona | María Teresa Solorio Núñez |
| Felipe Olmos Ríos | Rebelín Echeverría Echeverría |
| Georgina Lozano Razo | Santos Noé Herrera Miranjos |
| Javier Zavala Rayas | Silvia del Carmen Miramontes Zapata |
| Juan Martín Sánchez Bautista | Teresita Castillo León |
| María de la Luz Pérez Padilla | Teresita Concepción Campo Marín |
| María Dolores García Sánchez | |
6. Los retos de la psicología organizacional en el México del futuro 133
- Mirna Elizabeth Quezada
Mónica Adriana Vasconcelos Ramírez
Oliverio Leonel Linares Olivas
Sonia Villagrán Rueda
7. Tejidos teórico-clínicos sobre la parentalidad y la criminalidad en adolescentes 157
- Ma. Antonia Reyes Arellano
María Montserrat Arellano González
Reyna Karina Medina Candelaria
Ruth Vallejo Castro
8. Intervención cognitivo-conductual en pacientes oncológicos 177
- Alberto Seyler Mancilla
Eva González Rodríguez
Iris Rubí Monroy Velasco
9. Hilvanando trayectorias: historia, actualidad y prospectiva de la psicología de la salud en las instituciones de salud 199
- Fabiola González Betanzos
Jana Petrzellová Mazacová
Joel Zapata Salazar
Mónica Rodríguez Ortiz
Verónica Marcela Vargas Nájera

10. Tipos de familias mexicanas y estilos de crianza en el siglo XXI, ¿aún bajo la mirada del conservadurismo? 223
- Mireya Hernández Reyes
Olga Gálvez Murillo
11. Parentalidad positiva y estilos de crianza 245
- Claudia González Fragoso
David Jiménez Rodríguez
María del Carmen Manzo Chávez
12. La práctica del psicólogo en dos universidades mexicanas. Modelos de supervisión e impacto social 263
- Fernando Cerón Esquivel
Julieta Bonilla
Lilia G. López Arriaga
María Elena Urdiales Ibarra
María Margarita Barak Velásquez
13. Apego, valores y familismo para la protección individual 289
- Fuesanta López Rosales
José Luis Jasso Medrano
14. Calidad de vida como reto de la psicología en México 307
- Ana María Rivera Guerrero
Catherine Bracqbien-Noygues
Karina Reyes-Jarquín
María Leticia Bautista-Díaz
Mayra Chávez Martínez

Introducción

Esta obra, que ahora se encuentra en sus manos, está conformada por 14 textos que nos introducen al diálogo sobre los distintos desafíos que enfrenta la psicología actual ante los avatares propios de la sociedad mexicana. Dichos textos fueron presentados durante el marco de la Cátedra CUMex en psicología “Julieta Heres Pulido”, en sus distintas mesas de trabajo, de las cuales, cada una corresponde a una especificidad dentro de este ámbito; así encontramos textos escritos desde la labor y reflexión de la psicología educativa, social, de la salud, clínica y psicoterapia, organizacional y del trabajo, del desarrollo y desde el quehacer del psicólogo en los centros de atención.

En el capítulo 1, titulado “La fuente social del currículo: reflexiones previas para evaluar la función y compromiso social en la formación profesional del psicólogo”; se reflexiona sobre los programas educativos que preparan al estudiante para el ejercicio de su profesión, en pro de la satisfacción de las necesidades sociales que deberá atender al egresar.

En el capítulo 2, “Los problemas emergentes de la psicología de la salud”, los autores tratan el tema de la (cada vez más alta) incidencia de problemas psicosociales que repercuten en otras problemáticas, tales como la soledad, la dismorfia corporal, la nomofobia, la egolatría y la normalización de la violencia. Ante este panorama, se visualiza la necesidad creciente de desarrollar nuevas técnicas para su atención, diagnóstico y tratamiento integral.

El capítulo 3, titulado “Virtualidad e investigación: una experiencia en el uso de herramientas tecnológicas para la difusión de resultados de nóveles investigadores”, se coloca a la investigación como una herramienta fundamental para acrecentar la sensibilidad y la capacidad perceptiva de los fenómenos científicos, humanísticos y socioculturales, utilizando dispositivos digitales propios de su época.

El capítulo 4, “El modelo de prácticas residenciales de la Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana de la UJED”, se refiere al dispositivo de la supervisión clínica como un espacio donde el estudiante recibe aportaciones teórico-prácticas y fomenta su desarrollo de habilidades eficaces de intervención, que le permitirán aprender a mirar y mirarse dentro de un contexto práctico que le brinda el ejercicio de la clínica.

En el capítulo 5, “Niñez y migración”, los autores parten de entender la migración como un fenómeno, que le conlleva a la familia o al familiar que emigra, distintos factores de riesgo; por lo tanto, se considera un tema de salud pública y psicosocial que debe reflexionarse y atenderse para atenuar los efectos directos e indirectos que sufren los miembros más vulnerables de la familia ante estas vivencias, principalmente los niños.

El capítulo 6, “Los retos de la psicología organizacional en el México del futuro”, surge debido a que la psicología se enfrenta a un nuevo reto ante los constantes cambios demográficos y económicos que se generan dentro de las distintas organizaciones sociales y laborales. Los autores replantean la formación profesional del psicólogo laboral al ocuparse de la integración de saberes con vías a la prevención o corrección de problemáticas que aquejan a las instituciones.

El capítulo 7, “Tejidos teórico-clínicos sobre la parentalidad y la criminalidad en adolescentes”, trata sobre la precariedad de la sociedad, que evidencia síntomas que impactan en lo subjetivo:

por un lado, los avatares delincuenciales en los adolescentes; y por el otro, el sufrimiento psíquico parental; por esto mismo, los dispositivos clínicos psicoanalíticos se constituyen como una apuesta en marcha para erradicar el sufrimiento y el dolor de los jóvenes agentes sociales.

El capítulo 8, “Intervención cognitivo-conductual en pacientes oncológicos”, muestra el desafío de la psicología en la actualidad: las formas de intervención y de transitar por el dolor. La intervención cognitivo-conductual se posiciona como una forma de tratamiento eficaz para las distintas afecciones psicológicas que resultan de una enfermedad crónico-degenerativa como el cáncer, ya que activa las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales de los pacientes para sortear los avatares de su enfermedad.

En el capítulo 9, “Hilvanando trayectorias: historia, actualidad y prospectiva de la psicología de la salud en las instituciones de salud”, los autores nos enriquecen con un recorrido histórico de la psicología de la salud en distintos ámbitos clínicos institucionales para, posteriormente, analizar hasta qué punto el perfil del psicólogo de la salud está respondiendo a los requerimientos actuales, en un intento de renovación constante y visualización ante las posibles rutas de desarrollo del profesional en el área.

En el capítulo 10, titulado “Tipos de familias mexicanas y estilos de crianza en el siglo XXI, ¿aún bajo la mirada del conservadurismo?”, se plantea hasta qué punto ha permanecido en la actualidad el modelo de familia patriarcal y cómo los estilos de crianza influyen notablemente en el predominio de modelos familiares tradicionales o contemporáneos.

El capítulo 11, “Parentalidad positiva y estilos de crianza”, que va un poco de la mano con el capítulo anterior, nos remite a pensar en la relación que se produce entre padres e hijos, y cómo esta define la manera en que nos relacionamos e interactuamos con nuestros semejantes, ya sea que contemos con ambos padres para nuestra conformación o partamos de una monoparentalidad, enfatizando la importancia de la parentalidad positiva en la conformación sana de la personalidad.

El capítulo 12, “La práctica del psicólogo en dos universidades mexicanas. Modelos de supervisión e impacto social”, expone dos modelos de prácticas departamentales que nos permiten seguir reflexionando en torno a sintonizar la formación profesional con los requerimientos actuales dentro de un contexto de cambio permanente; modelos coincidentes al vincular al estudiante con su entorno social posibilitando el surgimiento de una identidad profesional particular guiada desde la supervisión.

El capítulo 13, “Apego, valores y familismo para la protección individual”, nos llama a poner atención en la importancia del estudio de las relaciones interpersonales, siendo la familia el círculo social donde se incorporan los valores, creencias y actitudes que nos permitirán una relación sana en sociedad, estos fundamentos para la socialización se verán reforzados por los demás entornos en los que el individuo se desarrolle a partir de códigos culturales que norman la conducta del ser humano.

El capítulo 14, "Calidad de vida como reto de la psicología en México", tiene como objetivo describir teóricamente qué es la calidad de vida para mostrar cómo se ha convertido en un reto importante para la psicología de la salud, ya que se trata de un constructo multidimensional que incluye variables subjetivas influidas por variables objetivas donde las autoras establecen que el bienestar emocional es clave para determinar la calidad de vida del sujeto.

De esta manera, ante la diversidad de desafíos que enfrenta la psicología ante los avatares y sufrimientos de nuestra sociedad se encuentra en sus manos un libro que lo llevará a reflexionar y reconfigurar las distintas posibilidades de intervención que ofrece la psicología desde los diversos postulados teóricos que intentan resolver los retos que enfrenta nuestra sociedad mexicana actual.

Dra. Ruth Vallejo Castro

Facultad de Psicología
Universidad Michoacana
de San Nicolás de Hidalgo
Septiembre de 2018



1

CAPÍTULO

La fuente social del currículo: reflexiones previas para evaluar la función y compromiso social en la formación profesional del psicólogo

José Simón Sánchez Hernández
Lucía Cabrera Mora
María Tereza Santiesteban Contreras
Patricia Lorena Martínez Martínez

Introducción

Este capítulo constituye una justificación reflexionada en torno a la existencia de programas educativos, que preparen a los estudiantes de pregrado, dentro de un currículum consciente de las necesidades sociales del contexto de formación profesional del psicólogo. Para ello, se ha reflexionado sobre la posibilidad de analizar los programas de psicología de las universidades que se encuentran participando en la Cátedra de CUMex (Consortio de Universidades Mexicanas), en la Mesa de Psicología educativa.¹ Lo anterior bajo el título del siguiente proyecto planteado por la Mesa: “Currículo, función y compromiso social en la formación profesional del psicólogo”. La intención es conocer qué tanto dichos planes de estudio orientan sus esfuerzos en pro de la satisfacción de las necesidades sociales que el futuro psicólogo deberá atender una vez que egrese; buscar que las distintas ofertas de psicología, a lo largo y ancho del país, consideren dentro de sus prioridades: formar al psicólogo con el suficiente criterio para que contribuya en la satisfacción de las necesidades humanas que hoy demanda la sociedad mexicana.

La función y el compromiso del psicólogo en la sociedad nos recuerdan que, cuanto más enraizado esté un programa educativo en la problemática comunitaria y tenga mayores implicaciones sociales, se calificará de pertinente y estará orientado a cumplir la encomienda que la sociedad les hace a las profesiones a fin de legitimar su presencia. Ahora bien, revisar aquello que promueven formativamente las escuelas o facultades de psicología resulta necesario, pues es imprescindible que los futuros psicólogos posean una capacitación transferible a la vida cotidiana en la que se encuentra inserto el estudiante dentro de instituciones culturales y tiempos particulares (Apple, 1979/2008). De esta manera, reflexionar sobre las necesidades sociales de nuestro contexto social, cultural y geográfico, no solo busca hacer oportuno y congruente un programa de estudios, sino también asegurar en el estudiante un aprendizaje significativo, así como vislumbrar la importancia de ver a la profesión como un llamado a ofrecer un servicio de calidad a la sociedad, esto sin descuidar las expectativas laborales de los futuros psicólogos (Paz-Rodríguez, Betanzos-Díaz y Uribe-Barrera, 2014) haciendo así, tanto de la universidad (formadora de profesionales) como del colectivo de psicólogos, instituciones que promuevan el compromiso y responsabilidad social.

A continuación se expondrán algunas de las necesidades sociales que reclaman la permanencia de un programa de Psicología en el ámbito de la educación pública en México, así como la congruente presencia de estos a partir de la fuente social del currículum. En el primer apartado se expondrá sintéticamente el papel de las necesidades sociales para una práctica profesional institucionalizada; luego, se abordará la importancia de reflexionar sobre aquellos aspectos que la sociedad mexicana reclama con mayor urgencia en los ámbitos local y regional; acto seguido, se dará paso al contexto nacional para concluir en el internacional. Es importante señalar que las líneas generales de este trabajo cuentan con una versión preliminar en el plan de estudios de la Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana de la Universidad Juárez del Estado de Durango, concretamente en el apartado de “Necesidades sociales” (UJED, 2009). Ciertamente, la presente propuesta tiene nuevas formulaciones y actualización de datos. Se enumerarán

¹ Universidad Autónoma de Querétaro, Universidad Juárez del Estado de Durango, Universidad Pedagógica Nacional Ajusco, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Universidad Autónoma de Coahuila, Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo, Universidad Autónoma de Zacatecas, Universidad Autónoma del Estado de México y Universidad Autónoma de ciudad Juárez.

algunas necesidades sociales, luego se justifica su vinculación con la psicología como profesión para dejar claro su papel frente a los problemas sociales vividos por el entorno de la formación profesional de psicólogos de pregrado.

Planteamiento: las necesidades sociales y función institucionalizada de la profesión

Martínez Navarro (2006) afirma que las profesiones nacen de la realidad social, de ahí que su pretensión sea proporcionar un beneficio a la sociedad sobre la que se finca su respectiva función y responsabilidad social. La profesión es vista como una actividad humana orientada a satisfacer una necesidad social mediante un saber experto y, como tal, sobre una base tecnológica y científica. Actividad que se realiza de modo organizado, por lo que la profesión ha de contar con la característica de ser una práctica socialmente aceptada, legitimada e institucionalizada. En el la figura 1.1 se muestran esquemáticamente los rasgos de la profesión:

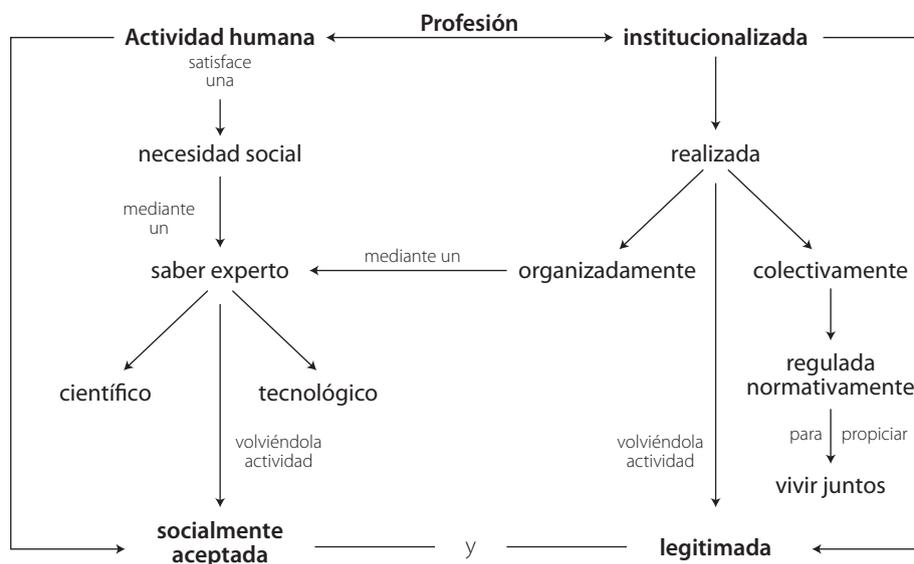


Figura 1.1 La profesión como actividad humana institucionalizada.

Fuente: Elaboración propia con datos de Martínez (2006) y Etxeberria (2007).

Es de interés del trabajo hacer explícitos algunos aspectos importantes, primero del contexto más próximo, luego desde la mirada nacional y, finalmente, lo internacional. Tales escenarios son necesarios para un acercamiento que evalúe la función y compromiso social de la formación, y que debería revisarse según los distintos lugares donde se ofrece el programa de psicología dentro del país. Como antes se ha apuntado, esto obedece a que, la variable “necesidad social” hace depender al currículo formativo de condiciones socioeconómicas, geográficas, culturales y

hasta históricas para comprender este ámbito institucionalizado de la profesión que, aunque como práctica, internacionalmente posee elementos comunes en cualquier lugar de su ejercicio, las condiciones del contexto formativo y del futuro ejercicio profesional influyen e impactan curricular y profesionalmente, por ser su práctica un saber organizado y una actividad institucionalizada.

Otro asunto que ocupa en este trabajo conecta con dos actividades institucionalizadas: **1)** la de la universidad que forma psicólogos y **2)** la del psicólogo² (futuro profesional educado por la institución educativa superior). Finalmente, un plan de estudios bien o mal diseñado impacta en estas dos actividades institucionalizadas. Para aclarar este importante papel de la institución es conveniente que remitamos a una clarificación de lo que en este documento significa, tomando la definición que ofrece al respecto Xabier Etxeberria (2007), quien la define como cualquier estructura del vivir juntos dentro de una comunidad histórica que no se reduce a las relaciones personales por lo que está ligada a un concepto de distribución, en sentido amplio, de derechos, deberes, bienes, poderes, etc., “el conjunto de formas estructuradas de existencia social con las que se regulan normativamente las relaciones” (Etxeberria, 2007, p. 17). Este autor destaca de ellas el hecho de: **a)** estar ligadas a la dimensión del poder, tanto para lo bueno (acrecenta posibilidades de intervención trascendiendo el ámbito individual) como para lo malo (puede ser utilizada para dominar, oprimir y marginar a quienes ocupan lugares de subordinación dentro de ellas), y **b)** son ineludibles dentro de la realización colectiva, por lo que deben cumplir su objetivo a fin de facilitar y potenciar este vivir juntos (Etxeberria, 2007). Cuando las instituciones cumplen estos dos incisos, un poder sanamente estructurante y su realización colectiva cumpliendo los fines propios, entonces se califican de instituciones justas como correlato moral de este tipo de estructuras.

Pasemos, pues, a reflexionar qué aspectos mínimos necesarios del contexto social sería bueno evaluar en los programas de psicología de las universidades pertenecientes a CUMex, integrantes de la Mesa de Psicología educativa, para saber si cuentan con una base social visible del currículo, capaz de fundamentar la formación profesional del psicólogo, a fin de que deleve el compromiso de la institución educativa para incidir en la función y responsabilidad social de esta profesión.

Necesidades sociales en el orden local o regional

Se explican aquí algunos aspectos importantes, tanto geográficos como demográficos, que deben considerarse según los distintos lugares donde se ofrece el programa de psicología a nivel de pregrado. Esto obedece a que la variable necesidad social no puede considerarse autónoma, sino que depende de ciertas condiciones que ejercen una fuerte influencia y evidencian un panorama sobre la propia evolución de la localidad en el presente momento histórico. De ahí que el tamaño de la población y su comportamiento nos permitan entender a la región o al lugar en donde se ofrece la carrera de psicología.

Es importante precisar las condiciones de adscripción de las escuelas y facultades de psicología. Considerando aspectos que van desde la extensión geográfica, el número de habitantes, y la composición de sus localidades (dispersión, cercanía, accesibilidad) hasta las características

² Aunque se habla del psicólogo en singular, la profesión en cuanto tal no solo es una actividad individual sino colectiva (institucional) y, por lo tanto, pertenece a una comunidad profesional que tiene fines, lenguaje particular, métodos semejantes y *ethos* o carácter propio (Martínez, 2010).

poblacionales vinculadas con desarrollo o marginación. Por ejemplo, hay estados de la República Mexicana cuyas universidades ofrecen el programa de psicología en un contexto en el que una buena parte de la población es dispersa y con baja densidad geográfica; ciertamente está la contrapartida, como la Ciudad de México. Es, pues, importante considerar el nivel de ruralidad o urbanismo y de pobreza en comparación con los distintos estados de la República respecto a la media nacional, la existencia de asimetrías sociales y la concentración de la riqueza, así como la presencia de grupos vulnerables que reclaman atención equitativa en todos los sentidos, pero en específico, el vinculado con la salud mental y la comunitaria que impactarán en la formación y el trabajo posterior del futuro psicólogo.

Desde esta perspectiva, reflexionemos sobre las necesidades sociales que se considerarán en el ámbito local y que reclaman, de la formación académica del profesional de la psicología, algunas áreas de intervención que fomenten el desarrollo de la región y la localidad, a fin de dotar al futuro egresado de las herramientas para ejercer lo mejor posible su profesión. Veamos a continuación ejemplos de necesidades sociales.

En materia de población

Este apartado tiene una serie de tópicos que, sobre la base de algunos datos que caracterizan a los estados de la República donde se encuentran los programas de psicología, demandará que cada uno de ellos sea evaluado sobre un conjunto de necesidades sociales locales que permitan juzgar la pertinencia social del plan de estudios. Como apunte de ideas preliminares se abordan a continuación los temas: emigración, ruralidad y educación.

Emigración

Algunas regiones de la República Mexicana presentan índices elevados de emigración hacia Estados Unidos (Conapo y Segob, 2015, p. 38; López, 2015). Esta característica trae como consecuencia lo siguiente (Cordón, 2015; Hernández, Vázquez y Martínez, 2018):

- a) Proceso de desarraigo y sufrimiento psíquico provocados por la ruptura familiar (reorganización y desintegración del núcleo básico).
- b) Problema en la educación de los hijos que además impacta en su rendimiento escolar.
- c) Elevado estrés psicosocial de las familias, lo que las hace altamente vulnerables a problemas relacionales (Reyes, Camacho, Eschbach y Kyriakos, 2006) dando origen a familias transnacionales que se enfrentan a diversos desafíos como formas nuevas de expresar el afecto, modificación de los roles materno-parentales, la necesidad de construir vínculos a distancia y el advenimiento de una adultez precoz para los miembros más jóvenes de la familia (Zapata, 2009), etcétera.
- d) Al ser la emigración producto de la marginalidad que conlleva privación sistemática de derechos, produce una subestimación del “yo”, pérdida de la identidad y otras consecuencias psicosociales que contribuyen a perpetuar la misma marginalidad (Díaz, 2015, p. 13).

Evaluar un programa de psicología, por ejemplo, dentro de los estados de la República con mayor flujo migratorio, demanda revisar las estadísticas y los problemas psicoemocionales que supone el decrecimiento de la población y de las comunidades por el desplazamiento a otro país, la

necesidad de una educación solvente que le dé capacidad al futuro psicólogo para ejercer competentemente en otros contextos, no solo nacionales sino internacionales. Aspectos formativos específicos requeridos por: el psicólogo clínico en cuestiones psicoemocionales y atención a distancia de migrantes de la localidad; el psicólogo social para enfrentar la marginación como causal prioritaria de la migración, y la psicología educativa, por ejemplo, en problemas de rendimiento escolar o analfabetismo funcional.

Nivel de ruralidad

Otro asunto por evaluar en la consideración por parte de los planes de estudio es el nivel de conciencia de la ruralidad en México. Aun cuando los programas se inserten en poblaciones urbanizadas, la media nacional para el año 2010 fue de 22.2% de ruralidad (INEGI, 2010) pero hay estados que la rebasan (es el caso de Durango con el 31%) (INEGI, 2010a). Al respecto es importante resaltar que la dispersión geográfica de las localidades existentes en algunos estados de la República genera un carácter rural, por ejemplo, con núcleos poblacionales de menos de 100 habitantes, que ocasiona condiciones de pobreza y pocas oportunidades de desarrollo, además de desnutrición, la no sustentabilidad en los recursos naturales y el difícil acceso a los recursos en general, inasistencia a la escuela y la merma en la capacidad de aprendizaje de los niños y jóvenes, la educación insuficiente para las niñas y empleabilidad escasa para las mujeres, un debilitado sistema de salud que implica mortalidad infantil y precaria salud materna. Formas peligrosas de sobrevivir, así como facilidad en el contagio y la trasmisión de ciertas enfermedades (FAO, 2005, p. 5). Con justa razón la FAO afirma que el 75% de la población más pobre del mundo vive en la zona rural (Banco Mundial, 2016 en FAO, 2017).

Partiendo de lo anterior, se puede decir que una necesidad social que conecta con la formación profesional de psicólogos ha de considerar, según apunta este tema, lo siguiente: **a)** la importancia del desarrollo humano de personas que viven en pobreza; **b)** la necesidad de empoderar a la población rural; **c)** contribuir en las consecuencias psicosociales subyacentes de la migración y de los desplazados; **d)** intervención en problemas de aprendizaje y apoyo psicoeducativo en la educabilidad de las zonas rurales para generar posibilidades de empleabilidad decente (FAO, 2017); **e)** contribuir en la conformación de políticas públicas que empoderen a los menos favorecidos e intervengan subsidiariamente en procesos de psicoeducación en el ejercicio de autodeterminación individual y social.

La FAO (2005 y 2017) exhorta a dar prioridad a las zonas rurales para generar medios de subsistencia mediante sistemas de producción seguros y sostenibles que proporcionen a los pobres empleo e ingreso. Las escuelas y facultades de psicología han de abrirse prioritariamente a la formación de jóvenes provenientes de la zona rural, proporcionándoles una perspectiva emprendedora de corte personal y comunitario. Apoyar, en los ejes de formación docente, el rezago educativo y los problemas de aprendizaje que supone el nivel de ruralidad vivido en algunos estados, mediante una participación en el perfil de egreso de los psicólogos, con perspectiva en psicología política, psicología social, psicología rural y psicología educativa. El llevar la oferta para formar psicólogos en sectores rurales mediante el uso de la tecnología y apoyo en ambientes virtuales de aprendizaje que generan bajo costo educativo y suficiente acceso a zonas distantes a la capital de los estados, para así contribuir en hacer de algunas poblaciones de la región rural de México comunidades que dispongan de acceso educativo mediante el uso de la tecnología, apoyada sobre claras bases psicoeducativas (UNFPA, s.f., párr. 4, cap. Desarrollo rural y poblacional) y formar nuevas generaciones de profesionales de la psicología, originarios de los propios contextos rurales.

En consecuencia, es menester ver la influencia que, en los planes de estudio, tiene el marcado carácter rural de muchas poblaciones mexicanas, las implicaciones que este conlleva, como la falta de oportunidades de trabajo (empleo rural decente como afirma la FAO) (FAO, 2017), infraestructura básica, servicios de salud, satisfactores, alimentación eficiente, incremento de factores genéticos de riesgo frente a oportunidades limitadas para contraer matrimonio fuera del círculo familiar, además de apoyo psicológico ante el abuso en el consumo de alcohol, drogas, embarazos en adolescentes, depresión y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores que propicia una alta prevalencia de pacientes mentales (Secretaría de Salud en Sandoval y Richard, 2005, p. 12).

En materia de educación: analfabetismo, educación de adultos y para el trabajo

En este apartado se reflexionará sobre algunas características nacionales vinculadas a la educación que evidencian ciertas necesidades sociales, donde el psicólogo ha de ser un protagonista privilegiado en el camino rumbo al desarrollo educativo de la población. Se ofrecen algunos indicadores que desencadenan reflexiones sobre el papel del psicólogo educativo; son aspectos generales que deberán particularizarse según cada región, por ejemplo: necesidades psicoeducativas de poblaciones ante problemas del narcotráfico (psicoeducación para la paz), la muerte por accidente (psicoeducación de valores y virtudes cívicas de la vialidad dentro de la ciudad), etc. Ahora bien, se ofrecen los siguientes rubros, en tanto que son características derivadas de la distribución de la educación en México que, antes de poder resolver otros problemas psicoeducativos, debe enfrentar el más básico dentro de la escolaridad, que es saber leer y escribir con solvencia (analfabetismo básico y funcional) lo que impacta decisivamente en cualquier ámbito de intervención educativa.

Analfabetismo y rezago escolar: consecuencias psicosociales

Esta necesidad social es, como ya se ha comentado, una parte o producto del carácter rural y la dispersión demográfica de algunos estados de la República Mexicana. Las afirmaciones de la FAO confirman las estadísticas de algunas entidades de México. El 5.5% de la población de 15 y más años es analfabeta, lo que representa una cantidad de 4 749 057 personas que no saben leer ni escribir (INEGI, 2015) y en el que el mayor porcentaje de analfabetismo lo padecen mujeres de todas las edades registradas y también el rango de edad de 65 y más de los dos sexos (INEGI, 2015):

Tabla 1.1 Porcentaje de analfabetismo según sexo y rango de edades.

| Sexo | Rango de edades | Porcentaje de analfabetismo |
|---------|-----------------|-----------------------------|
| Mujeres | 15 a 29 | 1.2 |
| Hombres | 15 a 29 | 1.3 |
| Mujeres | 30 a 64 | 6.1 |
| Hombres | 30 a 64 | 4.1 |
| Mujeres | 65 y más | 26.2 |
| Hombres | 65 y más | 18.1 |

Fuente: INEGI, 2015.

El analfabetismo se asocia con condiciones socioculturales y económicas de la población indígena, de las personas de mayor edad y, entre ellas, las mujeres (Narro y Moctezuma, 2012; Secretaría de Educación, junio de 2005, p. 20). En este mismo rubro se puede presumir de un analfabetismo funcional en buena parte de la población mexicana que sabe leer y escribir y que son escolarizados (Fregoso-Peralta y Aguilar-González, 2013). En consecuencia, existe una importante necesidad social vinculada a los dos aspectos del analfabetismo: el básico y el funcional; el primero es del que no sabe leer ni escribir, en tanto que el segundo es de aquellos que siendo alfabetizados no tienen la competencia suficiente para comprender todo lo que leen ni tampoco las habilidades necesarias para comunicarse por escrito y verbalmente.

El analfabetismo, sea de la naturaleza que fuere, deriva en lo siguiente:

- a) Conlleva riesgos para el conocimiento de los derechos humanos del individuo (Tierra de hombres, 2003-2004, p. 15). Origina desigualdades sociales, exclusión y marginación. Con razón declaró la UNESCO, antes de iniciar el presente siglo que "(...) millones de personas –dos tercios de ellas mujeres– van a entrar en el siglo XXI sin los conocimientos necesarios para leer un libro o firmar con su nombre, y mucho menos para manejar un ordenador o comprender un simple formulario. Y estas personas, como ocurre hoy día, vivirán en una pobreza más desesperada y en un peor estado de salud que quienes sí pueden realizar las tareas mencionadas. Son los analfabetos funcionales del mundo, y su número es cada vez mayor" (1988, párr. 3).
- b) Conspira contra las posibilidades de desarrollo y fortalecimiento de nuestra capacidad competitiva (Zamalloa citado por Bermúdez, 2006, párr. 1).
- c) "Dificulta la evolución de la infancia hacia la edad adulta con un espíritu de comprensión, paz y equidad en materia de género entre todas las personas y grupos de la sociedad" (UNESCO, 1998, párr. 2).
- d) Implica la incapacidad de llevar a cabo cualquier actividad para la que se necesitan las habilidades de lectura, escritura y elaboración de cálculos en tanto derivados del analfabetismo que impiden incluso el buen funcionamiento de grupos y comunidades (UNESCO en Foro Nacional de Educación para todos, 2006, notas al pie de página).
- e) Conduce, la mayoría de las veces, a otro tipo de analfabetismo, el emocional, que impide leer señales de sufrimiento de manera oportuna entre padres e hijos (Céspedes, 2013) y entre las personas en general. Este analfabetismo es producto de una comunicación ineficiente cuya resolución puede mejorarse insertando a las personas a la sociedad letrada, pues saber leer y escribir con eficacia habilita a las personas en procesos de comunicación mayormente asertivos, tanto verbales como escritos, pues la violencia surge cuando se terminan las palabras para comunicarse, y una sociedad analfabeta cuenta con mayores riesgos psicoemocionales para una convivencia agresiva.

La escuelas y facultades de psicología poseen elementos potenciales y vocacionales para ayudar a los estados mexicanos a salir un poco del rezago educativo, buscando superar el analfabetismo de cualquier tipo, puesto que hacerlo estimula el desarrollo intelectual, permitirá en los estados pobres una fuerza laboral más capacitada, una ciudadanía comprometida y conocedora de sus derechos y deberes sociales, así como familias capaces de compartir esfuerzos y construir un proyecto común (OEA, 2017). ¿Por qué la carrera de Psicología como formadora de profesionales puede contribuir a ello? Primero, porque atañe a temáticas como desarrollo intelectual, psicosocial

y problemas de aprendizaje escolar y, segundo, porque puede potenciar en su matrícula procesos de lectura superiores que venzan el analfabetismo funcional mediante la incidencia de psicólogos educativos en planes de estudios rigurosamente cuidados en dicho aspecto y, a un tiempo, dotar, en el eje de psicología educativa y social, rasgos profundos sobre procesos de lectoescritura, comprensión lectora y enseñanza. También es altamente probable, con apoyo de autoridades universitarias y locales, orientar el servicio social universitario a prácticas de psicología educativa que puedan dirigirse en pro de resolver el rezago educativo, sobre todo en materia de alfabetización de cualquier tipo, pues la educación constituye una herramienta, la más eficaz, para combatir la pobreza, la desigualdad y la violencia, así como para mejorar los niveles de salud y bienestar social.

Educación de adultos y para el trabajo

Informa el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (2015) que cerca del 40% de la población de los estados de la República Mexicana se encuentran sin educación básica. A continuación se ofrecen las cifras del INEE (2015) para evidenciar que los adultos de 55 a 64 años constituyen la población con mayor rezago educativo:

Tabla 1.2 Porcentaje de población con educación básica en 2008.

| | Grupos de edad | | | | | | |
|----------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| Promedio | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 25-64 | 15 o más |
| Nacional | 47.9 | 35.2 | 34.2 | 22.9 | 14.2 | 29.1 | 32.1 |

Fuente: INEE, 2015.

Tabla 1.3 Porcentaje de población sin educación básica en 2008.

| | Grupos de edad | | | | | | |
|----------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| Promedio | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 25-64 | 15 o más |
| Nacional | 23.0 | 30.3 | 36.1 | 46.9 | 57.1 | 39.7 | 36.6 |

Fuente: INEE, 2015.

La psicología tiene un papel preponderante en el estudio del desarrollo cognoscitivo de la vida adulta que se mantiene continuo. Tal desarrollo es determinado en el adulto por los años de educación formal, además de nivel de inteligencia, entrenamiento y tipo de personalidad. Por ello, la presencia de la psicología educativa es una clara necesidad social orientada a educar no solo a los más jóvenes sino a los adultos, también debe apoyar a las instituciones en general en procesos de educación para el trabajo desde una base cognitiva y de la psicología laboral u organizacional. La educación de adultos resulta ser una especialización en México un tanto limitada y demanda el manejo de un saber psicopedagógico de situaciones educativas propias de los adultos que, al ser la población con mayor rezago educativo, hace comprender una nueva marginación a la que se enfrentan: la sociedad del conocimiento y la comunicación digital.

Índice de reprobación escolar

Este rubro también es un ámbito que debe indagarse en cada región donde se ofrece el programa de psicología a fin de evaluar su pertinencia pues reporta un área de oportunidad frente a una necesidad social, ligada a aspectos de muchos estados de la federación con niveles altos de ruralidad, emigración y bajo desarrollo socioeconómico, características, generadoras de un indudable rezago escolar. En el año 2003 la prueba del Programa para la Evaluación Internacional de Estudiantes (con siglas en inglés de PISA) dio como resultado que el 30% de los alumnos evaluados declaró haber reprobado al menos un año en primaria o secundaria, porcentaje que disminuyó en PISA-2012 al 15%, sin embargo en México, al igual que otros países de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico), los alumnos con menor nivel económico y social tienen más probabilidad de reprobar un año, el hecho de que se reduzca la tasa de reprobación escolar es positiva siempre y cuando venga acompañada de mejor apoyo para los estudiantes que más lo necesitan y no se convierta en una aprobación automática de los alumnos de un año a otro (OCDE, 2012).

Al respecto, la psicología, como profesión y disciplina humana, ofrece la posibilidad de incidir profesionalmente, desde la orientación educativa, en la formación de estudiantes, facilitándoles el desarrollo armónico y una adaptación responsable, integración óptima a la escuela, el trabajo y la vida en general, propiciar el desarrollo de la competencia académica mediante el análisis de la conducta que proporciona principios aplicables al ambiente educativo en el que se han de manejar contingencias, programaciones del aprendizaje, entre otras cosas. Finalmente, el fracaso escolar representa una falla en el proceso de socializar al individuo y es indicador claro de la existencia de aprendizaje ineficaz o de uno ausente (Reyes, s.f., p. 6), esto sin dejar de mencionar el diseño y desarrollo curricular en el ámbito académico, cuya pertinencia debe ser asunto que los psicólogos educativos deben intervenir y digitar.

En conclusión, estos tres rubros seleccionados son ámbitos generales del tema educativo en el país, y en ellos caben otras problemáticas que competen a la psicología educativa, como trabajar con profesores, estudiantes y familias, promoción de conductas, disminución de barreras de aprendizaje dentro y fuera del aula, habilidades sociales, hábitos de salud, clima escolar, relación familia y escuela, diversidad cultural, factores de riesgo, etc. Ahora bien, estos asuntos que demandan intervención psicoeducativa pueden aparecer en otros indicadores, como morbilidad (que demanda una intervención psicoeducativa de la salud de la población en forma profiláctica y remedial), intervención en el aprendizaje (rezago escolar) producto de la pobreza, intervenir educativamente al adulto supone apertura a la familia, a lo social y laboral. La migración es otro tópico que compete al ámbito psicoeducativo (diversidad cultural) pero que se han de abordar según cada currículo en el indicador correspondiente.

Necesidades educativas en una población dispersa

La presencia de un alto porcentaje de núcleos poblacionales tan pequeños (menores a los 100 habitantes) al interior de muchos estados de la República limita las posibilidades de la oferta educativa en las modalidades regulares, según informa la Secretaría de Educación Pública (SEP, junio de 2005, p. 20) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2012). Por lo que se prevé, como necesidad social, la implementación de modelos alternativos adecuados que combatan la distancia geográfica y posibiliten una pertinente educación en todos los niveles, posibilitando su

acceso a las zonas más marginadas, esto requiere el apoyo de infraestructura tecnológica que no se resuelve con la tele secundaria y la educación a distancia, sino con la creación de programas y estrategias docentes de aprendizaje con apoyo tecnológico capaces de estimular y motivar el aprendizaje a un tiempo de generar posibilidades reales de crecimiento que rebasen la frontera ante la sola obtención del grado de estudio; dicho en otras palabras, que mejoren realmente la educación y el aprendizaje mediante nuevas alternativas de educación, como podría ser la educación virtual que supone capacitación de docentes e incidencia en los cuerpos directivos para el diseño estratégico de procesos psicoeducativos profundos, así como su puesta en marcha. De esta manera se ofrece una opción para trasladar el aparato educativo a esas pequeñas zonas marginadas que reclaman atención y cuya pobreza les impide conseguirla en otros lugares y donde la psicología educativa tendría un papel protagónico tanto en el conocimiento de los procesos psicosociales de las personas que le permitan adaptarse a nuevas modalidades de enseñanza (educación virtual) como la planeación psicolingüística y psicoeducativa de los diversos planes de estudio.

Salud pública

Este apartado se ha orientado hacia referentes epidemiológicos, en tanto que la profesión de la psicología se dirige, en otras cosas, en forma primordial a la salud mental y está en el ámbito no solo privado sino social. Para evaluar este aspecto dentro de los programas de estudio, es importante indagar cuáles son las causas principales de morbilidad en todos los estados donde se ofrece, en forma pública, la educación de psicólogos (Secretaría de Salud, 2007), por dar un ejemplo: tumores malignos, infecciones respiratorias, diabetes, accidentes, enfermedades intestinales y muerte por violencia o agresiones. La relación de las estadísticas a proporcionarse, han de ser de las 5 o 10 principales afecciones registradas en cada estado donde hay programas acreditados de psicología. Este tema se vincula de la siguiente manera con la participación disciplinar de la psicología como profesión:

1. Apoyo a enfermos y familiares

En este ámbito, además de aspectos de psicología general, se hace necesaria una participación de la psicología de la salud, así como de estudios psicofarmacológicos. Investigaciones diversas informan que el fracaso que un paciente enfermo de gravedad pueda tener con respecto al apego al tratamiento es que la persona con enfermedad crónica percibe su mal físico como “factor que atenta contra la estabilidad de su familia y, a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego” (Martín-Reyes y Rodríguez-Moran, 2001, p. 337). Es importante no considerar las enfermedades crónicas solamente desde el punto de vista biológico o fisiológico, sino que supone factores psicosociales (Urzua, Pavlov, Cortés y Pino, 2011) que influyen en ella, pues hay que ayudar a la persona a aceptar el diagnóstico (proceso de duelo), entender su enfermedad, su tratamiento, las posibles complicaciones y el cuidado cotidiano, así como la motivación al individuo y su familia para enfrentar, lo mejor posible, la enfermedad.

2. Estilos de vida saludables

Este asunto, puede ser factor psicosocial de prevención de las principales enfermedades de cada localidad donde se ofrecen los programas de psicología. La *intervención de la profesión*

en estrategias de salud que promuevan hábitos de vida a fin de disponer conductas estratégicas, optimización del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación del enfermo, el cuidado del paciente terminal e incluso el buen morir del mismo son competencia de la psicología de la salud y de procesos educativos de masas (psicología social y psicología educativa) pues la enfermedad, cualquiera que esta fuere, posee componentes subjetivos de procesos de salud-enfermedad y de atención a la misma (Martín, 2003; Alonso y Abalo, 2014).

3. La agresión

Al ser causa de morbilidad en muchos estados del país (tasa de 20 homicidios por cada cien mil habitantes) (INEGI, 2017), genera indicadores en los que es necesario no solo reflexionar sino intervenir a través de la formación psicológica. La agresión es la exteriorización de una cantidad de procesos psicológicos, muchos de ellos con conexión patológica. Hay distorsiones patológicas tanto en el agresor como en la víctima, y tienen que ver con factores cognitivos distorsionados, producto de mitos culturales, religiosos, procesos paralizantes como el miedo, carencia de recursos alternativos, entre otras cosas (Montero, 2001, pp. 3-6).

4. La muerte por accidentes

Vincula con la situación de muchos estados federados que no invierten en el mantenimiento de vías de comunicación, inseguridad vial, mala educación y poca voluntad de cumplir ciertas normas básicas (por ejemplo, en el caso de los conductores y peatones). México registra 4.3 víctimas mortales por cada diez mil unidades vehiculares (INGE, 2016). Una importante función de la psicología es influir tecnocientíficamente en las políticas públicas y el bienestar de la población, pues la mayoría de los problemas que nos aquejan tienen sus raíces firmemente arraigadas en la conducta de las personas y la sociedad en general, ya que donde hay personas hay conducta humana, de ahí que la psicología sea necesaria como profesión debido a que se dedica a la atención de los procesos psicológicos cuyo manejo científico es capaz de mejorar las condiciones de vida en general. El error humano, aunque absolutamente posible e inminente, puede ser administrado tomando en cuenta el estrés, el liderazgo, la comunicación y la no violación de los procedimientos, esto último muy característico de sociedades poco escolarizadas y con bajo nivel de civilidad en las que podríamos ubicar muchos de nuestros estados mexicanos.

Salud mental

En esta parte se ha destinado un espacio específico al asunto de la salud mental en los estados, por ser un tema que impele radicalmente a un programa formativo de psicología.

1. Violencia de género

Hay una magnitud de cuestiones vinculadas con la violencia contra las mujeres que alcanza a ser un problema de salud en muchas localidades del país y ante el que no se cuenta con los suficientes recursos y estrategias bien establecidas de detección, control y prevención. INEGI (2015a) reporta que la prevalencia de la violencia a la mujer es del 63% en mujeres mayores de 15 años que han

sufrido violencia emocional, física, sexual, económica, patrimonial o discriminación laboral. La violencia emocional presenta una prevalencia más alta que el resto (43%) y la sexual con 35.4%. También INEGI (2015a) registra que en 2013 y 2014 se asesinaron 7 mujeres diariamente en el país y, las tasas más altas de homicidios entre 2011 y 2013 se registran en Guerrero, Chihuahua, Tamaulipas, Coahuila, Durango, Colima, Nuevo León, Morelos, Zacatecas, Sinaloa, Baja California y Estado de México. La violencia de género, en sus diversas modalidades, es un hecho prevalente que pone en peligro el bienestar de la familia. La prevalencia hacia la violencia contra la mujer aumenta con factores como el haber padecido violencia intrafamiliar y el consumir alcohol o drogas por parte de un integrante de la familia (Alvarado-Zaldívar, Salvador-Moysen, Estrada-Martínez y Terrones-González, 1998).

2. Adicciones

En materia de drogadicción, la prevalencia en el consumo de sustancias psicotrópicas a nivel nacional aumentó de 2002 a 2011, pasando de 5% a 7.8% y regionalmente también tuvo un crecimiento significativo, según se apunta en la siguiente tabla:

Tabla 1.4 Comportamiento en años de la prevalencia en el consumo de drogas de 2002 a 2011.

| Región mexicana | Comportamiento de 2002 a 2011 |
|-----------------|-------------------------------|
| Occidental | 5.5% al 10.3% |
| Nororiental | 5.5% al 10.3% |
| Norcentral | 7.5% al 9.2% |
| Centro Sur | 4.2% al 7.5% |

Fuente: Villatoro et al. (2012).

Consumir drogas no es un hecho solitario en la vida de las personas, va acompañando de comportamientos desviados, antisociales o vistos como problemáticos socialmente hablando (Becoña, 2007). La Secretaría de Salud, en su Informe de 2016 en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Adicciones, documenta que la mayor prevalencia del consumo de drogas lícitas a nivel nacional es el tabaco y el alcohol con 22.3% y 41.7% respectivamente, 15.2% usa el cristal como droga ilegal (Secretaría de Salud, julio de 2016). Afirma este informe que los encuestados pertenecían a centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamental. Las drogas de inicio, reportado por la Secretaría de Salud (julio de 2016), son las siguientes, según zonas geográficas:

Tabla 1.5 Porcentaje de droga de inicio según zona geográfica de México.

| Zona geográfica | Droga de inicio | Porcentaje de consumo |
|-----------------|-----------------|-----------------------|
| Zona Norte | tabaco | 49.9% |
| | alcohol, | 23.6% |
| | marihuana | 2.1% |
| Zona Centro | alcohol | 48.8% |
| | tabaco | 26.6% |
| | marihuana | 1.3% |
| Zona Sur | alcohol | 68.8% |
| | tabaco | 15.5% |
| | marihuana | 10.8% |

Fuente: Secretaría de Salud (julio de 2016).

Ahora bien, el estudio mencionado refiere a que el grupo de mayores de 35 años presenta el alcohol como droga de impacto; entre los menores de 19 años es la marihuana. Cabe destacar que, de las personas que solicitan atención de urgencia hospitalaria por causa de choque en vehículo automotor, 15.8% presentaba evidencia clínica en el consumo de drogas. También en los ingresos hospitalarios a urgencias por causa externa, como consecuencia de un probable delito, el alcohol fue la sustancia más frecuente con 83.2% (Secretaría de Salud, julio de 2016).

La psicología está obligada a intervenir en el conocimiento y la prevención de la drogadicción, y en ella, del delito. Las consecuencias son: psicosis inducida; trastornos en la relación familiar y social; transgresión social y legal: robo, prostitución, etc.; muerte violenta: accidentes, homicidios, suicidios, etc. La psicología es la encargada de comprender la adicción y su dependencia, así como de las áreas problemáticas encontradas en ella: habilidades sociales, problemas económicos, depresión, problemática familiar, judicial, entre otras.

3. Depresión y estrés

Wagner, González-Fortaleza, Sánchez-García, García-Peña y Gallo (2012) reportan que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población de 18 a 65 años y de trastornos de ansiedad con prevalencia de 6.8%. La depresión, afirman los autores, se asocia a conductas adictivas, suicidas y violentas, particularmente en jóvenes. El 26% de las personas no será diagnosticado y cerca de 30% de los individuos con depresión que contactaron los servicios de salud nunca recibió ayuda. Es importante que la psicología implemente en la formación de los psicólogos nuevos modelos de atención que incluya el entendimiento de factores psicocioculturales, y la inclusión del manejo primario de la depresión (Wagner, González-Fortaleza, Sánchez-García, García-Peña y Gallo, 2012).

Es importante reflexionar sobre nuevas brechas generadoras de depresión en torno a la necesidad de que todos los miembros de la familia se integren al mercado laboral, incluyendo a madres con niños pequeños e incluso a los infantes mismos. La migración internacional que viven los estados del país puede incrementar las oportunidades de progreso económico con todos los riesgos físicos y psicológicos que esto conlleva, aumenta los riesgos para los problemas mentales, ya que las familias están padeciendo un cambio de roles a los considerados tradicionales para hombres y mujeres, esto, además de crear un ambiente poco propicio para la comunicación y supervisión de todos los

integrantes de una familia, lo que provoca estrés adicional que puede llevar a la depresión y la ansiedad (Sandoval y Richard, 2005, p. 11).

Por su parte, las familias pobres tienen una mayor prevalencia para sufrir depresión y trastornos de ansiedad; los niños que viven en pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, estrés familiar y a la depresión de los padres. La pobreza se asocia con la falta de apoyo y estimulación y genera ambientes caóticos; según la OMS (Organización Mundial de la Salud), hay evidencias científicas para afirmar que la depresión prevalece de 1.5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos en la población (Sandoval y Richard, 2005, p. 11). Hay estados de la República que no solo no estarían exentos de ella, sino que son altamente vulnerables debido a su nivel de desarrollo económico.

De ahí que la tarea de la psicología en el ámbito social sea atender a la depresión y el estrés en la familia, producto del contexto socioeconómico y cultural, según los indicadores de cada estado, a los ancianos cuya población aumenta, a la mujer por el cambio de roles dentro la familia y su fuerte participación en la contribución económica, además de cumplir con las labores propias del hogar.

4. Suicidio

Respecto a este asunto, de acuerdo con el volumen de casos registrados en 2004, se identificó que, en promedio, ocurrieron 104 suicidios por entidad federativa, en 19 estados se registró un volumen menor a dicho promedio, y en los 13 restantes, se observaron frecuencias superiores, estados como Durango, Coahuila, Puebla y San Luis Potosí, la frecuencia registrada estuvo muy cerca del valor promedio (Proal, 2005, párr. 8). Documentos internacionales señalan que la tasa de suicidio en México (0.4) representa una baja mortalidad, y aunque los datos deben ser tomados con reserva, en tanto que muchas familias tradicionales pueden presionar a los médicos para colocar otra causa de muerte en los certificados de defunción, el hecho de que México se ubique como una nación con bajo nivel de muerte autoinflingida (Secretaría de Salud, 2006; Hernández-Bringas y Flores-Arenales, 2011), señala un reto profesional de la psicología que demanda analizar las características psico-socioculturales del mexicano que le hacen tener una tasa menor a la mundial respecto al suicidio. Este ocurre cuando el dolor es mayor que los recursos para afrontarlo. A lo largo de la vida, el ser humano aprende diversas formas de solucionar los problemas y algunas personas cuentan con más recursos de afrontamiento, y esto es algo que se puede aprender y educar a través de psicoterapia y la participación de la psicología en general que busca solucionar ese déficit en el instinto de conservación de algunos seres humanos.

Necesidades sociales a nivel nacional

Como ya se dijo antes, la intencionalidad de este proyecto de la Mesa de Psicología Educativa es comenzar a estimular la importancia de un currículo consciente del contexto donde se aplicará y, por ende, con la suficiente responsabilidad social que posibilite cumplir su función profesional. Esto solo podrá comenzar mediante un proceso de evaluación que ponga en evidencia el interés implícito de los planes de estudio de las diferentes comunidades académicas, para ver qué tanto contribuyen, desde la psicología, a cumplir una función profesional de cara al ámbito nacional, aspectos que se reflexionarán en los siguientes subcapítulos.

Pobreza

Este tema es un problema nacional que señala aspectos como la desigualdad social, la falta de oportunidades, de empleo y carencias económicas-sociales, que generan situación de vulnerabilidad en las personas. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social señala que, en 2016, 43.6% de la población se encontraba en situación de pobreza, del que 35.9% contaba con una pobreza moderada y el resto en pobreza extrema (7.6%) (CONEVAL, 2016).

Consecuencias naturales de una vida con carencias extremas o simplemente básicas, generan la presencia de ciertas características psicológicas que van desde rasgos de personalidad, propensión a enfermedades mentales, diferencias importantes en inteligencia y habilidades específicas, así como en el desarrollo lingüístico, el aprendizaje (por ejemplo: adquisición de nuevos conceptos), y la motivación. Estudios cuantitativos dan evidencia de que las familias en situación de pobreza están expuestas más a la depresión y a los trastornos de ansiedad. Así, los programas de psicología deben ser sensibles a los aportes de la disciplina al entendimiento e intervención profesional de personas con situación de pobreza para mejorar la autoeficacia en el locus de control, combatir la indefensión aprendida, así como los grandes niveles de desesperanza en estos entornos socioeconómicos (Galindo y Ardila, 2012).

A continuación, se ofrecen dos grandes características sociales que tienen relación directa con la pobreza, vista esta como violencia estructural.

Injusticia social y corrupción

La pobreza se ve reflejada en las carencias sociales y el ingreso de la población, de 2012 a 2014, uno de los factores más importantes que conforman la medición de la pobreza es la carencia social de muchos mexicanos (CONEVAL, 2015):

Tabla 1.6 La pobreza según carencia de los mexicanos.

| Carencia social | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|
| Rezago educativo | 18.7% |
| Acceso a servicios de salud | 18.2% |
| Acceso a seguridad social | 58.5% |
| Calidad y espacios de la vivienda | 12.3% |
| Servicios básicos en la vivienda | 21.2% |
| Acceso a la alimentación | 23.4% |

Fuente: CONEVAL, 2015.

El porcentaje de población mexicana que cuenta con al menos una carencia social es de 72% y, la cantidad de personas que tiene por lo menos tres carencias o más es de 22.1%. El porcentaje de población con ingresos inferiores a la línea de bienestar es de 53.2% (CONEVAL, 2015).

En la OCDE, México es el país con la más ínfima reputación en materia de corrupción y el peor país para caminar solo por la noche entre las 35 naciones que son integrantes de esta organización, según *Forbes* de enero de 2017. Esto coincide con el índice de Percepción de la Corrupción

(en adelante IPC) elaborado por Transparencia Internacional. En 2015, México obtuvo 35 puntos de 100 en corrupción, situándolo en el lugar 95 de 168 países medidos (Transparencia Internacional en Casar, 2016). El documento titulado "México: Anatomía de la corrupción", señala que la República Mexicana es el país más corrupto de las naciones miembros de la OCDE y, el día que decida dejar de serlo, le tomará 40 años abandonar este último lugar. También señala que México está considerado entre las 20 economías del mundo, pero también está dentro de los 20 países del mundo con servidores públicos más corruptos (Casar, 2016). Según el Barómetro de las Américas 2014, México es el cuarto país de América Latina donde se da de forma común el pago de sobornos (Casar, 2016). Sin duda la corrupción tiene que ver con los niveles de desarrollo y la OCDE afirma que esta afecta invariablemente a los índices de bienestar, impactando, en forma negativa, en el desarrollo sostenible, salud, seguridad, equidad, así como confianza en las instituciones, aunado al nivel educativo que también impacta en el IPC. Con justa razón el INEGI reporta que los dos problemas percibidos por la población mexicana como más importantes a nivel nacional son: 1) Inseguridad y delincuencia (66.4%) y 2) corrupción (50.9%) (INEGI, 2016a).

El papel de la psicología social es claro frente a la corrupción que rescata la memoria de lo vivido, el estudio psicológico y político de las dinámicas de poder, la importancia de la salud comunitaria y el análisis de pseudo-lealtades del endogrupo que mantienen la permanencia de la corrupción. En otras palabras, los programas de formación de psicólogos han de considerar en sus currículos una tendencia clave en la caracterología de la mente corrupta, una psicología política y social que permita conocer la intervención de los procesos psicológicos para la psicoeducación de la población y de su gobierno, mismo que debe limpiar las instituciones ante la mirada de la población que ha de ser empoderada, a fin de que tenga una actividad social más participativa que impida la rapiña de sus políticos.

Narcotráfico e inseguridad

En México, la lucha contra el narcotráfico representó un aumento considerable de muerte violenta (Banco Mundial, 2012, p. 31). A nivel República Mexicana, entre 1990 y 2007 la tasa de homicidios tuvo una tendencia a la baja, ubicándose su punto más alto en 1992 con 19 homicidios por año, y luego alcanzó un récord histórico de 8 homicidios por cada 100 mil habitantes. Pero esto no duró mucho pues, entre los años 2008 y 2009 la tasa de homicidios ocasionada por el crimen organizado rompió con esta tendencia histórica aumentada en un 50% para el año 2008 y otro 50% más para 2009 (Escalante, 2011 en Galvano, 2014). Sin embargo, el dato anterior es aún más preocupante, porque la suma se realizó en pocos estados de la República, y aunque el impacto del narcotráfico o crimen organizado como la mayor amenaza que enfrenta México, no es igual en los 32 estados del país; por dar un ejemplo, Chihuahua tiene el 108.5%, Durango el 66% y Sinaloa el 53% (Galvano, 2014); las cifras son consideradas alarmantes.

El narcotráfico y el lavado de dinero son problemas mundiales, pero principalmente de la nación mexicana; afectan a la sociedad provocando desestabilidad en todos los órdenes y generan inseguridad, además de tener efectos nocivos como desencadenantes de la ruptura de valores morales de los estamentos sociales. Hoy por hoy en México el narcotráfico se ha constituido en una fuerza poderosa que desafía el orden establecido, generando una insospechada avalancha de violencia y zozobra que amenaza la paz, pone en riesgo la seguridad de los ciudadanos a través de manifestaciones de soborno, intimidación y crimen, con serias consecuencias de orden económico, político,

y por supuesto, judicial (Clavijo y Lema, 1998, p. 25). Junto al grave problema vinculado con el crimen organizado se aúna, como consecuencia del mismo, el asunto de la seguridad en México. La Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana (INEGI, 2016) señala en su último levantamiento que 69% de personas de 18 años y más se siente inseguro.

Considerar esta importante variable de la vida nacional permite recordarle a la psicología que debe formar a los futuros profesionales en aspectos clave de psicología criminal, jurídica y forense, a fin de estudiar y encarar con armas psicológicas la conducta calificada como delictiva. Tal conducta supone considerar no solo la psicología del victimario, sino las víctimas que la padecen, las reacciones sociales en torno a las mismas, a fin de contar con los elementos científicos-psicológicos en la elaboración de políticas públicas en materia de narcotráfico, crimen organizado, delincuencia, combate a la corrupción y seguridad social.

Salud pública

México experimenta un modelo complejo de morbilidad y vincula con la aparición de enfermedades crónicas con las que tiene que ver la dieta y los estilos de vida. Enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, problemáticas del corazón, osteoporosis y cáncer, considerados como importantes problemas de salud pública, y cuya aparición se asocia a dieta de mala calidad y una vida sedentaria. Aunado a lo anterior, ocurre que la prevalencia de “la obesidad constituye un factor principal de riesgo que afecta en el desarrollo de enfermedades crónicas” (Barquera y Tolentino, 2005, p. 136; Rivero, Hernández, Aguilar, Vadillo y Murayama, 2013; Araujo, Ávila E., Ávila A. Rivas, Vargas y Mier, 2011). México posee el 32% de obesidad en la población adulta y es de los países con mayor sobrepeso en América Latina. En 2016, los adultos de 20 años y más poseen una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 72.5%, la obesidad mórbida se presenta más en población del sexo femenino (ENSANUT, 2016).

La psicología tiene un amplio nivel de intervención en la salud pública de México, ya que está profundamente influida por la conducta de las personas, el pensamiento y las relaciones. Ahora bien, las enfermedades, en su mayoría, tiene una correspondencia directa con el comportamiento y, por lo tanto, podrían ser prevenibles. Oblitas (2006) afirma que, por lo general, las personas nacen con buena salud, pero se enferman a consecuencia del comportamiento individual y de un medio ambiente no del todo adecuado, así que los factores psicológicos tienen un papel preponderante al tener, en la presente época, un correlato estrechamente relacionado con la conducta de las personas (Oblitas, 2006).

Salud mental

México está atravesando por un momento difícil pues la inseguridad y la violencia son dos de las grandes problemáticas de la población y, en la que el miedo y la desesperanza se constituyen en el sentir de muchos mexicanos. Aunado a ello, en el país, la revista mexicana de la Facultad de Medicina de la UNAM estima que 15% de la población adulta padece un trastorno mental y solo el 3% es atendido por un médico especialista (Rincón, Hernández-Álvarez, Robledo y Hernández-Girón, 2014). La misma revista documenta que el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) reportó que en los últimos 10 años los padecimientos atendidos fueron: esquizofrenia (22%)

episodio depresivo (16%), trastorno afectivo bipolar (8.6%) y trastorno de la personalidad (7.1%). En el año 2011 se presentó una tasa de mortalidad por trastornos mentales de 4.6 muertes por cien mil habitantes y ya en 2005 se registraba que la psicosis alcohólica aumentó su mortalidad a una tasa de 3.5, enfermedad particularmente presente en los últimos treinta años. En el 2008, la muerte por trastornos mentales y de comportamiento, la psicosis alcohólica o por drogas representaron la mayor causa de morbilidad (65% de los casos registrados) y le siguen el trastorno mental senil y presenil con 22% (Rincón, Hernández-Álvarez, Robledo y Hernández-Girón, 2014).

Es imprescindible orientar la formación profesional del psicólogo de la psicología clínica hacia la psicología social de la clínica, a fin de modular los comportamientos comunitarios sobre el mantenimiento y promoción de la salud que prevenga la enfermedad. La psicología ha de ser la profesión líder en la promoción de hábitos de vida saludables. Esta disciplina puede marcar grandes diferencias a la hora de intervenir profesionalmente la psicoeducación individual y social, para asumir patrones de cambio que generen estabilidad saludable, permitiendo así formas sanas para que los niños y jóvenes se desarrollen y los adultos mayores envejezcan. La psicología puede ser la disciplina de diálogo en la interacción de factores biológico-genéticos, ambientales, culturales y de comportamiento que supone la salud en general, pero en específico, la salud mental, incluida aquella destinada al tratamiento psiquiátrico (García-López, Piqueras, Rivero, Ramos y Oblitas, 2008).

Necesidades sociales de corte internacional

Primero que nada, es importante aclarar que las universidades no han de ser indiferentes a lo que vendrá, no únicamente a nivel próximo (la región) y nacional, sino también internacional, pues es necesario que Latinoamérica se integre al mundo para que pueda reconstruir sus economías y asegurar el bienestar de las generaciones venideras.

El continente americano posee muchas diferencias entre los países, pues hay naciones que no han logrado el desarrollo, salvo excepcionalmente Estados Unidos de América como potencia mundial, le sigue Canadá, segundo país desarrollado de América. Así, se observan escalas de desarrollo con marcadas diferencias entre los países de América, en la que son más favorables para unos países y menos para la mayoría (Clavijo y Lema, 1998: 10), se une esto, a las grandes asimetrías culturales, sociales y de desarrollo entre los países latinoamericanos con respecto a Estados Unidos y Canadá (Mercado y Gutiérrez, 2004). Si partimos de los dramas históricos vividos, América Latina no permite ver una clara orientación hacia el futuro de sus respectivas sociedades con el fin de asentarse en sólidas premisas y no solo en discursos teóricos. Los líderes nacionales de cada país latinoamericano están ubicados en el “aquí y el ahora” (resolución de lo inmediato) sin claridad en la perspectiva de futuro de los pueblos en vías de desarrollo (Clavijo y Lema, 1998, p. 10). América Latina requiere superar las dificultades políticas, económicas a corto plazo e intensificar su compromiso a largo plazo (OMPI, 2016).

Los grandes tópicos mundiales no pueden dejar de reflexionarse a la hora de evaluar la pertinencia y calidad de un currículo que situará la profesión en su compromiso social, por ello se exponen las siguientes preocupaciones que hoy por hoy se asoman al marco mundial.

El terrorismo y la guerra

Uno de los grandes problemas del mundo de hoy es la inseguridad. Cada día aumentan los actos de terrorismo, luchas armadas, guerras civiles y, por supuesto, conflictos internacionales (Perfecto, 2004, cap. II, párr. 7). Cada pueblo del mundo y sus respectivas culturas poseen necesidades por satisfacer, mismas que, si son insuficientemente resueltas, son motivo de violencia y conflictos globales.

La inseguridad física va más allá de la violencia directa, tiene alcances mundiales y se pone en tela de juicio la supervivencia, por ejemplo, en 2014 las muertes por terrorismo se incrementaron al 80% (Pablo, 2017). Se requiere un ambiente de paz para que pueda darse un verdadero desarrollo de los pueblos, y paz entendida no solo como ausencia de guerra, sino de violencia estructural (Perfecto, 2004, cap. II, párr. 7). El papel de la psicología, entendida como el conocer fundamentado de lo humano, tiene una función muy evidente ante esta temática, como la psicosis generada por un estado de alerta constante, estrés postraumático de las víctimas que viven un acto terrorista, etc., son competencia del psicólogo y la investigación social más actual y urgente. El origen del terrorismo remite a condiciones de tipo social y psicológico, objetivas y subjetivas, que no pueden ser ignoradas en el diseño de una estrategia contraterrorista que pretenda ser eficaz (De la Corte, Blanco y Sabuced, 2001, párr. 14).

La guerra, desde el punto de vista psicológico, demanda un análisis, pues en ella se pierden todos los matices y se tiende a radicalizar posturas viendo todo en blanco y negro, amigos y enemigos, malos y buenos, no se cuestiona el mal, porque el mal existe y se da por hecho que está encarnado en el enemigo, así como Lezna diría: "Dios, la Historia y el Destino juegan entonces a nuestro favor, y estamos dispuestos a torturar, asesinar o matar de hambre al enemigo... Bombardeamos centros civiles por el bien de la humanidad" (citado por Fresneda, 2003, párr. 9). Pensar así es la desgracia planetaria de nuestro tiempo, urge una reflexión sobre la guerra porque no se puede obviar un análisis más profundo del nuevo orden mundial.

Enajenación

Las relaciones multiculturales son un hecho decisivo de la actualidad. La multiculturalidad implica planteamientos antropológicos y psicológicos, ya que tiene su raíz en la propia condición humana (Etxeberria, 2004). Ahora bien, la convivencia actual demanda una apertura a diferentes horizontes de vida y, por ende, una reingeniería ético-psicosocial para potenciar adecuadas relaciones interculturales. Por ello, uno de los problemas principales que afectan hoy al mundo, pese a lo positivo que hay detrás de la convivencia multicultural y el intercambio entre naciones y culturas, es la enajenación como respuesta negativa a la necesidad de identidad. El individuo se ve enajenado por el reforzamiento de las condiciones de globalización neoliberal que obedecen a una pérdida de la persona consigo mismo, de no reconocerse, de mirarse sometido por una fuerza real que lo domina (ideología, comercio, etc.) (Valdés, 2000).

El asunto de la enajenación, en tanto pérdida de identidad, compete a la psicología pues los seres humanos son diferentes por su raza, idioma, sexo, edad, religión, perspectiva política, educación, cultura, etc., muy a pesar de la igualdad que nos une en cuanto seres humanos. Las relaciones interculturales, no vividas como convivencia, sino a la manera de dominación, invaden espacios y manipulan conciencias, creando el problema de la enajenación (Perfecto, 2004, cap. 1, párr. 8). La

psicología, concretamente la social comunitaria en América Latina, aporta una serie de elementos básicos para el diseño intersubjetivo de una manera incluyente de vivir, vista esta como integración³ pues busca evitar, a toda costa, la exclusión social endémica, apartándose de un uso parasitario de los saberes psicológicos, cuando estos se orientan a la opresión. Es necesario formar a los nuevos profesionales desde la etnopsicología y una psicología liberadora al puro estilo latinoamericano, con capacidad de unir lo diverso, a fin de generar una acción colectiva para que las personas sean capaces de captar aquellos mecanismos que las oprimen y deshumanizan (Burton, 2004).

A manera de cierre

Este apartado tuvo como meta reflexionar sobre el papel de la variable social del currículo, incrustado en el deber ético de satisfacer necesidades sociales por parte de la profesión que, al igual que la universidad, se constituye en institución y, como tal, en una estructura que ayuda a vivir juntos. No puede la universidad hacer oídos sordos a las necesidades sociales, en tanto que estas hacen de la práctica profesional algo socialmente aceptado, dándole legitimidad a la actividad. La intención es que las “necesidades sociales” sean un aspecto realmente considerado por los planes de estudio curriculares, y no solo una premisa retórica de un currículo oficial.

Este apartado se constituyó en la primera aproximación de la intención de evaluar los distintos programas de psicología del país, concretamente de las universidades adscritas a CUMex dentro de su Mesa de Psicología educativa. Se reflexionó sobre algunas condiciones socioeconómicas, geográficas y culturales, seguramente no en forma acabada y total, pues estamos ciertos de que faltaron ámbitos de consideración en cada rubro analizado. Se echó de menos el hecho de tomar en cuenta explícitamente las condiciones históricas o etnoculturales de México, pues no es lo mismo un programa de psicología para latinoamericanos que para europeos, ni de guatemaltecos que para mexicanos y, dentro de la República, no será lo mismo un currículo para poblanos que para los regios de Monterrey. Todos estos aspectos más finos están muy ausentes en esta reflexión y complican la elaboración de indicadores a evaluarse en los planes de estudio, pero la intención es alentar a los miembros de la Mesa de Psicología educativa y también de las distintas universidades de México empeñadas en la formación de psicólogos, a comprometerse en la función y responsabilidad social de la institución educativa superior, la cual, indudablemente, se encuentra vinculada de manera estrecha con el colectivo de psicólogos con quienes contribuyen a formar a los futuros profesionales. Lo anterior recae en esta meta de la institución, cuya encomienda principal es el hecho de “vivir juntos”, que supone la búsqueda de la paz y la convivencia con los otros en un marco de mínimos éticos, necesarios para el respeto irrestricto de derechos y deberes propios de seres con dignidad. De esta manera, las dos instituciones de las que se habla (Universidad y Colectivo de Psicólogos) estarán encaminadas a promover la justicia social.

Se apreció en el análisis de las distintas necesidades sociales el papel apremiante de formar a los futuros psicólogos, no solo en las áreas generales de la psicología (como la clínica, educativa, organizacional y social) sino también en la urgencia de una psicología política, rural, de la salud, psicofarmacología, psicología jurídica, criminal y forense. La Universidad en sus planes de estudios

³ Integración que se aparta de la segregación y la asimilación cultural.

ha de revisar, entre otras muchas cosas, las necesidades sociales que demandan la pertinencia de una profesión a fin de que la institución educativa las satisfaga, según corresponde a las metas de la propia práctica. De esta manera, evaluar los distintos planes de estudio que en México ofrecen la carrera de psicología desde la variable social del currículo, alude a valorar qué tanto las universidades están formando psicólogos que ejerzan una actividad humana, que atienda las necesidades de la sociedad para cumplir con este importante elemento de la profesión que es la de ser una actividad institucionalizada. Al mismo tiempo que se hace un programa socialmente pertinente, la universidad cumple como institución su deber ético de formar sobre una base sólida, para hacer de su actividad educativa el ejercicio de una institución justa. Lo anterior nos lleva a plantearnos dos preguntas que buscarán resolverse en esta intención de evaluar la formación de psicólogos:

- ¿Las distintas universidades adscritas a CUMex en su Mesa de Psicología educativa tienen el fundamento suficiente para proporcionar una formación profesional de psicólogos capaces de reconcebir y construir, desde su futura práctica, la sociedad mexicana con la lógica de las necesidades sociales del contexto local, nacional e internacional?
- ¿Los planes de estudio de las distintas ofertas de las universidades adscritas a CUMex en su Mesa de Psicología educativa están fundamentando la función y compromiso social del psicólogo sobre la base de las necesidades demandadas por la sociedad, a fin de convertir el trabajo profesional del psicólogo y de sus formadores en instituciones justas?

La intención de resolver estas preguntas mediante el hecho de evaluar los planes de estudio formadores de psicólogos es que estos, y las instituciones donde se forman, contribuyan a un proyecto de nación que le dé mayor capacidad a esta para disponer de sí misma y hacer de la sociedad mexicana más vivible (Iruela, 1993) a través de instituciones justas que propicien una común unidad (comunidad) que significa, ante todo, capacidad para “vivir juntos”.

Referencias

- Alfonso, L. y Abalo, J. (2014). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 14(1): 89-99.
- Alvarado-Zaldívar, G., Salvador-Moysén, J., Estrada-Martínez, S. y Terrones-González, A. (1998). Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud pública de México*, 40(6), 481-486.
- Apple, M. (1989/2008). *Ideología y currículo*. [Trad. R. Lassaleta]. Madrid, España: Akal
- Araujo, J.; Ávila, E.; Ávila, A.; Rivas, E.; Vargas, N. y Mier, N. (2011). Sobrepeso, obesidad y su relación con índices aterogénicos en adolescentes de la ciudad de Durango, Mx. *Enlaces académicos*, 4(1): 8-22.
- Banco Mundial. (2012). *La violencia juvenil en México: Reporte de la situación, el marco legal y los programas gubernamentales*. [Documento preparado para la prevención de la violencia (Departamento de Desarrollo Social) y el Equipo de Seguridad Ciudadana para Latino América y el Caribe del Banco Mundial]. Washington, USA: El Banco Mundial.
- Barquera, S. y Tolentino, L. (2005). *Geografía de las enfermedades asociadas con la nutrición de México: una perspectiva de transición epidemiológica*. Instituto Nacional de Salud Pública de México. En Papeles de población No. 43. CIEP/UAEM. Páginas 133 a 148. Recuperado de: <http://www.insp.mx/Portal/produccion/pdfs/329.pdf> Consultado el 11 de abril de 2011.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*. 28 (1): 11-20.
- Bermúdez, D. (2006). *Las consecuencias del analfabetismo*. 16 de noviembre de 2006. Recuperado de: <http://blog.pucp.edu.pe/item/5607> Consultado el 9 de abril de 2007.
- BID-BancoInteramericanodeDesarrollo.(2012).México:RetosparaelSistemaEducativo2012-2018.Octubre de 2012. Recuperado de <http://federalismoeducativo.cide.edu/documents/97536/36092cfa-7133-449f-be68-72dd4dd1d9d1>
- Burton, M. (2004). La psicología de la liberación: Aprendiendo de América Latina. *Polis. Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 1 (4): 101-124.
- Casas, M. (2016). México: *Anatomía de la corrupción*. 2a. Ed. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas (CEIDE) e Instituto Mexicano para la Competitividad (IMC). Recuperado de: http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2016/10/2016-Anatomia_Corruptcion_2-Documento.pdf
- Céspedes, A. (2013). *El estrés en niños y adolescentes: En busca del paraíso perdido*. Santiago de Chile: Ediciones Chile.
- Clavijo, J. y Lema, M. (1998). *Los principales problemas económicos el continente y sus implicaciones en la seguridad y defensa continente*. Monografía. Colegio Interamericano de Defensa. Curso XXXVII. Fort Lesley J. McNair. Washington, DC. Mayo de 1998. Recuperado de <http://library.jid.org/en/mono37/clavijo-lema.pdf> Consultado el 12 de abril de 2007.
- CONAPOY SEGOB - Consejo Nacional de Población y Secretaría de Gobernación. (2015). *Anuario de Migración y Remesas: México 2016*. México: Secretaría de Gobierno, Consejo Nacional de Población y Fundación Bancomer.
- CONEVAL- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2015). *Comunicado de prensa No. 005*. México, D. F., 23 de julio de 2015. Dirección de Información y Comunicación Social. Recuperado de http://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Documents/Comunicado005_Medicion_pobreza_2014.pdf
- CONEVAL- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2016). *Evaluación de pobreza 2010.2016: Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2016*. Recuperado el 27 de septiembre de 2017 de: <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalncio.aspx>

- Cordón, M. (2015). "Efectos psicosociales de la deportación: Estudio de caso de dos migrantes guatemaltecos". Trabajo previo a conferir el título de psicóloga clínica en el grado académico de licenciatura. Guatemala de la Asunción: Facultad de Humanidades, Licenciatura en Psicología de la Universidad Rafael Landívar.
- De la Corte, L., Blanco, A. y Sabuced, J. M. (Eds.). (2004). *Psicología y Derechos Humanos*. España: Icaria.
- Díaz, F. (2015). *Reflexiones filosóficas contra la marginación y la exclusión social: Críticas y propuestas para construir un pensamiento incluyente*. México, D. F.: Editorial Porrúa
- ENSANUT- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino (2016): *Informe final de resultados*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Etxeberria, X. (2004). *Sociedades multiculturales*. Bilbao, España: Ediciones Mensajero.
- Etxeberria, X. (2007). Diversidad cultural y tecnología. *CUHSO – Cultura-Hombre-Sociedad*, 14 (1): 15-22.
- FAO - Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (2005). Director general: Jacques Diouf. *La erradicación del hambre: clave para la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio*. En El estado de inseguridad alimentaria en el mundo. Roma, Italia.
- FAO - Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2017). *Trabajo estratégico de la FAO para reducir la pobreza rural*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Recuperado de <http://www.fao.org/3/a-i6835s.pdf>
- Forbes. (Enero de 2017). *México el país con la peor corrupción (70%) y seguridad de la OCDE*. Recuperado el 28 de septiembre de 2017 de: <https://www.forbes.com.mx/mexico-el-peor-pais-en-seguridad-y-corrupcion-de-la-ocde/>
- Foro Nacional de Educación para todos. (2006). *Información general: antecedentes*. Perú. Recuperado de <http://www.minedu.gob.pe/educacionparatodos/InfoGen.php>
- Fregoso-Peralta, G. y Aguilar-González, L. (2013). Analfabetismo y alfabetización académica: Dos conceptos relacionados con la educación formal. *Revista de Educación y Desarrollo*, 24 (1): 55-66.
- Fresneda, Carlos. (2003). *Psicología de la Guerra*. Recuperado de: <http://www.llistes.pangea.org/pipermail/infomoc/Week-of-Mon-20030120/002497.html> Consultado el 12 de abril de 2007.
- Galindo, O. y Ardila, P. (2012). Psicología y pobreza: Papel del locus de control, la auteficacia y indefensión aprendida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2): 381-407.
- Galvano, M. (2014). *Narcotráfico en México: ¿Quisieron combatirlo y lo terminaron sembrando?* Buenos Aires, Argentina: Editorial Dunken.
- García-López, L.; Piqueras, L.; Rivero, R.; Ramos; V. y Oblitas, L. (2008). Panorama de la psicología clínica y de la salud. *CES Psicología*, 1(1): 70-93.
- Hernández, M.; Vázquez, E. y Martínez, P. (2018). *La psicología frente a la violencia*. México: Fontamara.
- Hernández-Bringas, H. y Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población*, 17 (68): 69-101.
- INEE. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. (2015). *Panorama educativo de México: 2014 Educación básica y media superior*. [Indicadores educativos]. México. D. F.: INEE. Recuperado de http://www.inee.edu.mx/bie/mapa_indica/2010/PanoramaEducativoDeMexico/CS/CS03/2010_CS03__b-vinculo.pdf
- INEGI - Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Población total según tamaño de localidad de cada entidad federativa*. En Cuéntame, Población. Consultado el 24 de septiembre de 2017 en: http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P

- INEGI - Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010a). *Población total según tamaño de localidad de cada entidad federativa*. En Cuéntame, Información por entidad. Consultado el 24 de septiembre de 2017 en: <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/dur/poblacion/distribucion.aspx?tema=me&e=10>
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Encuesta Intercensal 2015. *Características educativas de la población*. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/educacion/>
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015a). Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer (25 de noviembre). Aguascalientes: INEGI. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/violencia0.pdf>
- INEGI - Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Datos preliminares revelan que en 2016 se registraron 23 mil 953 homicidios: Información a nivel nacional y por entidad federativa*. 26 de julio de 2017. Aguascalientes, Ags.: INEGI.
- INEGI- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana (ENSU): Cifras correspondientes a Marzo del 2016*. Boletín de prensa núm. 151/16. 6 de abril de 2016. Aguascalientes, Ags.: INEGI.
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016a). *Estadísticas a propósito del día internacional contra la corrupción (9 de diciembre)*. 7 de diciembre de 2016. Aguascalientes, Ags. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/corrupcion2016_0.pdf
- INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadísticas a propósito del día mundial en recuerdo de las víctimas de los accidentes de tráfico (tercer domingo del mes de noviembre)*. 15 de noviembre de 2016. Aguascalientes: INEGI.
- Iruela, L. (1993). *Psiquiatría, psicología y armonía social: la vida y obra de Emilio Mira y López*. (Homenajes; 10). Barcelona, España: Publicacions Universitat de Barcelona.
- López, R. (2015). *Pobreza y migración mexicana en Estados Unidos de América: Algunos elementos para su comprensión*. [Documento de trabajo número 187]. México, D. F.: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados, LX Legislatura.
- Marín-Reyes, F., y Rodríguez-Morán, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud pública de México*, 43(4): 336-339.
- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de salud pública*, 29(3): 275-281.
- Martín-Reyes, F. y Rodríguez-Morán, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública Mex*, 43: 336-339.
- Martínez, E. (2006). Ética de la profesión: proyecto personal y compromiso de ciudadanía. En *Véritas*, 1 (14): 121-139.
- Martínez, E. (2010). *Ética profesional de los profesores*. [Ética de las profesiones]. Bilbao, España: Unijes: Universidad Jesuita.
- Mercado, A. y Gutiérrez, E. (2004). *Fronteras en América del Norte: estudios multidisciplinares*. UNAM.
- Montero, A. (2001). Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*, 12(1): 371-397.
- Narro, J. y Moctezuma, D. (2012). Analfabetismo en México: Una deuda social. Realidad, Datos, y Espacio: *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 3 (3): 5-17. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/rde/RDE_07/Doctos/RDE_07_Art1.pdf
- Oblitas, L. (2006). *Atlas de Psicología de la Salud*. PSICOM Editores. Recuperado de http://www.librosde-psicologia.com/product_details.php?item_id=137

- OCDE-Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. (2012). *Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos (PISA): PISA 2012-Resultados*. México. OCDE. Recuperado de http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/Mexico%20Country%20Note_SPANISH_final%20GR1_EGcomments_02_12_2013%20final.pdf
- OEA (Organización de Estados Americanos). (2017). *La Educación*. [colección] Número (126 – 128) I, III. Portal Educativo de las Américas. Recuperado de http://www.educoas.org/portal/bdigital/contenido/laeduca/laeduca_126128/actividad1/prioridades.aspx?culture=es&navid=201
- OMPI-Organización Mundial de la Propiedad Intelectual. (2016). *Índice Mundial de Innovación de 2016: Suiza, Suecia, Reino Unido, EE.UU. Finlandia y Singapur, en cabeza; China en el pelotón de los 25 primeros*. Ginebra, 16 de agosto de 2016. Recuperado de http://www.wipo.int/pressroom/es/articles/2016/article_0008.html
- Pablo, A. (2017). *Sociedad y estado en el mundo actual*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Paz-Rodríguez, F., Betanzos-Díaz, N. y Uribe-Barrera, N. (2014). Expectativas laborales y empleabilidad en enfermería y psicología. *Aquichan*, 14 (1): 67-78.
- Perfecto, J. (2004). *La corresponsabilidad, valor social insustituible para la observancia de los Derechos Humanos*. Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de <http://www.uaemex.mx/mpaz/articulos2.html>
- Proal, J. (2005). *En Puebla, los suicidios superaron a los del DF en 2004*. En La jornada de Oriente: periodismo regional a la medida de su tiempo. Puebla, Pue. Lunes 5 de diciembre de 2005. Recuperado de <http://www.lajornadadeoriente.com.mx/2005/12/05/puebla/puen306.html> Consultado el 10 de abril de 2007.
- Reyes, M. (s. f.). *Una reflexión sobre la reprobación escolar en la educación superior como fenómeno social*. Universidad Autónoma de Chihuahua. Revista Iberoamericana de Educación. México. Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/1510Reyes-Maq.pdf>
- Reyes-Ortiz, C. A., Camacho, M. E., Eschbach, K. y Markides, K. S. (2006). El contexto de la familia y el vecindario en la salud de los ancianos del estudio EPESE hispano. *Colombia médica (Cali, Colombia)*, 37 (2 Supl 1): 117-138.
- Rincón, J., Hernández-Álvarez, A., Robledo, M., y Hernández-Girón, C. (2014). Tendencia de la mortalidad por trastornos mentales: un panorama epidemiológico en México (1980-2011). *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 57(3): 22-30.
- Rivero, J.; Hernández, M.; Aguilar, C.; Vadillo, F. y Murayama, C. (2013). *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de estado*. México, D. F.: UNAM.
- Sandoval, J. y Richard, M. (2005). *La salud mental en México*. Servicios de investigación y análisis. División de Política Social. Cámara de Diputados LIX Legislatura. Dirección General de Bibliotecas SIID. México, D. F. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/pdf/dps-iss-03-05.pdf> Consultado el 10 de abril de 2007.
- SEP. Secretaría de Educación Pública (Junio de 2005). *Directrices de transformación del Sistema Educativo de Durango: derecho a una educación de la más alta calidad*. Gobierno del Estado de Durango. Victoria de Durango, Dgo. Recuperado de <http://www.educadgo.gob.mx/images/stories//programadetransformaciondurango.pdf>. Consultado el 23 de febrero de 2007.
- Secretaría de Salud (2006). *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México, D. F.: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2007). *Servicios de Salud del Estado de Durango*. Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de <http://www.sesa-dgo.gob.mx/diagnostico%20municipal/default.htm>

- Secretaría de Salud. (Julio de 2016). *Sistema de vigilancia epidemiológica para las adicciones: INFORME SISVEA 2016*. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, Dirección General de Epidemiología. Ciudad de México: SISVEA. Recuperado de http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2016.pdf
- Tierra de hombres con la colaboración de la UNICEF. (2003-2004). *Reflexiones sobre la criminalidad organizada contra la infancia*. PISCEGRAF, S.L. I Jornadas organizadas por Tierra de hombres. España, La Rioja. Recuperado de <http://www.tierradehombres.org/medios/criminalidad.pdf>
- UJED. Universidad Juárez del Estado de Durango. (2009). "Plan de estudios de la licenciatura en psicología". Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana. Durango, México: UJED.
- UNESCO. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (1998). *Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: Visión y Acción*. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior. París. 9 de octubre de 1998. Recuperado de http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm#declaracion
- UNFPA - Fondo de Población de las Naciones Unidas. (Sin fecha). *El estado de la población mundial 2001. Determinación de los efectos de la actividad humana*. Capítulo 3 de Huellas e hitos: población y cambio del medio ambiente. <http://www.unfpa.org/swp/2001/espanol/ch03.html>.
- Urzúa, A., Pavlov, R., Cortés, R. y Pino, V. (2011). Factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en salud en pacientes hemodializados. *Terapia psicológica*, 29(1): 135-140.
- Valdés, F. (2000). *La Globalización: una visión desde la isla*. [Colección Pensadores Cubanos de hoy]. Ponencia presentada al diálogo cubano venezolano. "Globalización e Interculturalidad: una mirada desde Latinoamérica". Universidad de Zulia, Maracaibo. Venezuela, 28-31 de marzo de 2000. Recuperado de <http://www.filosofia.cu/contemp/fvg006.htm>
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Moreno, M. M., Robles, N. O., Bustos, M. B., Fregoso, D., Gutiérrez, M. L. y Buenabad, N. A. (2012). *El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011*. *Salud mental*, 35(6): 447-457.
- Wagner, F. A., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C. y Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 35(1), 3-11.
- Zapata, A. (2009). Familia transnacional y remesas: Padres y madres migrantes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2): 1789-1769.





2 CAPÍTULO

Los problemas emergentes de la psicología de la salud

Ana María Martínez Jerez
Claudia Adriana Calvillo Ríos
Claudia Teresa Solano Pérez
Lilián Elizabeth Bosques Brugada
María del Consuelo Escoto Ponce de León
Maricela Guevara Cabrera
Patricia Prieto Silva
Rebeca María Elena Guzmán Saldaña

Introducción

En los últimos años, desde la medicina ha cobrado gran relevancia el concepto de “nuevas enfermedades”, que contempla problemáticas de reciente aparición, no conocidas previamente, o en su caso, apenas identificadas; esas enfermedades han sido denominadas como **emergentes** o **reemergentes** (Trilla, 2016). Entre 1995 y 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyó nuevos padecimientos producidos en aquellos tiempos por agentes no identificados, que afectaban a la población a nivel local o universal y que causaban problemas de salud pública. Ahora bien, en la actualidad, desde una perspectiva biológica, las enfermedades emergentes y sus agentes responsables consideran no solo afecciones con sus respectivos microbios responsables, sino también otras ya conocidas, cuyas etiologías fueron descubiertas en ese momento.

Por otro lado, los malestares relacionados con nuevos agentes, así como aquellos asociados con factores causales ya conocidos, se convierten en amenaza y ocurren en regiones en las que antes no existían. Asimismo, las enfermedades reemergentes incluyen malestares desde antes conocidos y controlados o tratados eficazmente, y que, en un cierto momento del tiempo, vuelven a aparecer, y cuya frecuencia, morbilidad y/o mortalidad se manifiestan por un incremento. En este sentido, se suman los nuevos problemas derivados de la transición demográfica y epidemiológica, como consecuencia del impacto de la globalización sobre la salud, que ha modificado las condiciones ambientales, los estilos de vida de individuos y grupos sociales, con todas las implicaciones que esto conlleva (Aarons, 2017).

En el sentido antes señalado, así también en el mundo, ha tenido lugar la emergencia o reemergencia de diversos acontecimientos psicosociales, con determinados niveles de aparición, y que ahora se muestran con incidencias cada vez más altas, convirtiéndose en problemas de primera magnitud. Estas dificultades se conceptualizan desde la salud mental como toda situación y/o condición, que debido a su naturaleza vulneran e inciden en daños personales, familiares, grupales, o sociales; que además interactúan con indicadores de pobreza, bajos niveles educativos, inseguridad, baja calidad de vida; entre otros. Como producto de estos problemas, se desencadena una cascada de efectos e impacto en otras problemáticas (Pratt y Hyder, 2016). Esto conlleva a redefinir los problemas a los que se enfrenta un psicólogo, ya que representan una reformulación de su quehacer, debido a su carácter de novedad, e implican una nueva dinámica social que incluye nuevos elementos (Polaino-Lorente, 2013).

Así, son muy numerosos y diversos en este sentido los retos a los que hoy se enfrenta la psicología, que van desde el adecuado ordenamiento de los trastornos psíquicos y el ensamblaje y la articulación de los síntomas en las actuales nosologías, hasta las nuevas psicopatologías emergentes, que aún no han encontrado necesariamente acomodo en el ámbito de esas clasificaciones. Por ejemplo, la adicción a las nuevas tecnologías (internet, redes sociales, teléfonos inteligentes, dispositivos electrónicos), es un hecho no solo entre los nativos digitales, sino también entre aquellos que crecieron sin ellas. Esto conduce a la aparición de algunos trastornos asociados con su uso y abuso, tales como el *síndrome de la llamada imaginaria*, la *nomofobia* (que más adelante se retoma), el *cibermareo*, entre otros, que plantean problemas que invaden diversos segmentos del comportamiento humano, de forma “innovadora” (Polaino-Lorente, 2011).

Las nuevas tecnologías pueden tener un gran potencial educativo y comunicativo, pero su uso inadecuado o abusivo posiblemente acarree importantes consecuencias negativas para jóvenes y adultos. Las personas afectadas por esta “adicción sin sustancia química”, se caracterizan por

mostrar una incapacidad de controlar su uso. Los recursos tecnológicos se convierten en un fin y no en un medio, dando lugar a la aparición de importantes consecuencias negativas que interfieren en la vida diaria, tales como aislamiento social, dificultades para mantener el puesto de trabajo, bajo rendimiento escolar, relaciones sociales insatisfactorias, entre algunas otras (Davtian, Reid, y Fong, 2012).

En el presente, es claro que las adicciones no se limitan a las conductas generadas por el consumo incontrolable de sustancias (por ejemplo: cannabis, anfetaminas, cocaína, opiáceos, cafeína, nicotina o alcohol), sino que existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que, en determinadas circunstancias, pueden convertirse en adictivos e interfieren gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas (Echeburúa y Corral, 2010).

La relevancia del estudio de los nuevos problemas emergentes de la psicología se hace desde una imperiosa necesidad creciente, que marcará un hito en la atención a la salud mental del individuo, otorgando la importancia que se merece, desarrollando nuevas técnicas y recursos multidisciplinarios para su atención, diagnóstico y tratamiento integral, y que inclusive ha impactado en cuanto a su integración y rotulación en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V)*, en donde, por ejemplo, se observan claras definiciones como las adicciones por juego de apuestas o ludopatía, trastornos por juegos de internet, o incluso la adicción al sexo no parafílico (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Dada la relevancia de esta temática, a continuación, se profundizará sobre algunos de los problemas emergentes que de manera reciente afectan a la población; tales como, la *soledad*, la *dismorfia corporal*, la *nomofobia*, la *egolatría* y la *normalización de la violencia*.

La soledad como factor de riesgo para la salud

La salud, el bien máspreciado

Si bien el deseo de los profesionistas en formación en las últimas décadas ha estado basado en el argumento de “ayudar a los demás”, la mayoría de los recursos humanos que estudian para ejercer en el campo de la salud ha encontrado que, precisamente la “curación” es una de las herramientas más rentables (siempre y cuando la persona no permanezca sana del todo).

De acuerdo con la OMS (como se citó en *Enciclopedia de Conceptos*, 2017), la definición general de salud se refiere a que “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En tanto que, la salud mental es entendida como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013).

Para el caso que nos atañe, la psicología de la salud tiene como uno de sus principales vectores la calidad de vida, aunado a la salud. Al respecto, Urzúa y Caqueo (2012) argumentan que:

...el interés por el estudio de la calidad de vida aumentó (sobre todo a finales del siglo XX); un campo de trabajo que ha influido en el contexto de la salud a nivel internacional. (En este sentido), se han separado los aspectos objetivos de la calidad de vida (indicadores sociales) y los aspectos subjetivos o percibidos (a partir de aquí expresa que

los principales factores para considerar) en el estudio de la calidad de vida se incluyen: a) bienestar emocional, b) riqueza material y bienestar material, c) salud, d) trabajo y otras formas de actividad productiva, e) relaciones familiares y sociales, f) seguridad, g) integración con la comunidad. A partir de esta clasificación, los autores antes señalados también proponen la siguiente definición integradora de calidad de vida: como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

Temas abordados por la psicología actual reconocen que subyace el ciclo salud-enfermedad sin distinguir entre grupo etario, género o condición social. Uno de esos temas de abordaje es el caso de la soledad, en donde quedan cubiertos los grupos de edad desde los adolescentes, hasta los adultos mayores, sin tener muchos referentes de la soledad en la infancia; en cuanto al nivel socioeconómico, la soledad puede atravesar cualquiera de las clasificaciones y niveles; sin embargo, autores como González y Rego (2006) opinan que el campo de los trastornos de salud mental en los jóvenes es tan amplio que resulta inabordable en su totalidad. Ellos exponen que los problemas que están incrementando socialmente en los jóvenes, incluyen: trastornos alimentarios, violencia escolar, suicidio infantil y juvenil, aislamiento social y depresión, así como el uso de internet y las conductas delictivas. Para ellos, llama la atención el que el 54% de las personas jóvenes considere que los problemas psicológicos están extendidos entre la juventud; en este sentido, la depresión constituye la tercera causa de muerte entre los jóvenes entre 15 y 24 años; de igual modo, tanto la OMS como un informe del Banco Mundial durante los años noventa hicieron hincapié respecto al hecho de que el suicidio como la depresión iban a ser los problemas de salud más importantes a abordar en el siglo XXI. Con respecto a la depresión, pronosticaban que iba a constituir el segundo problema más importante de este siglo.

Por otra parte, Díez y Morenos (2015) consideran que los cambios culturales y económicos recientes, han dado lugar a que la soledad se haya incrementado considerablemente, dado que los mecanismos que influyen en su aparición son diversos, por lo que atender y conocer en detalle la soledad es de gran importancia, dadas las consecuencias que repercuten directamente en el desarrollo de las personas y la sociedad. Con respecto a la soledad y sus efectos sobre la salud, en México se han encontrado datos epidemiológicos que demuestran una asociación significativa entre soledad y consumo de alcohol en mujeres, angustia y depresión en adultos, y en menor proporción, en el inicio de la vida sexual en adolescentes (Torres et al., 2012).

Otro dato importante asociado con la presencia de soledad, es el caso de la hipertensión; en un estudio realizado en Malasia los resultados revelaron que un tercio de las personas encuestadas presentó un alto nivel de soledad y el 39% de ellas sufría de hipertensión. Se concluyó entonces, que la soledad representa un riesgo mayor de padecer hipertensión en la vida adulta, por lo que se destaca como una de las recomendaciones más significativas del estudio y se exhorta a los profesionales de la salud a estar atentos a los efectos psicológicos de la soledad en la vejez (Momtaz et al., 2012).

De acuerdo con Torres y colaboradores (2012), es necesario reflexionar sobre el significado de la soledad a nivel clínico y de la salud pública, remarcando el costo económico de la hipertensión

en el presupuesto social, ya que este es muy elevado; aún más importante, el impacto de la hipertensión y su relación con la soledad, aunado a la calidad de vida de las personas que la padecen. Siguiendo a De la Gándara y Álvarez (2004), cuando los seres humanos enfermamos, en el fondo siempre tenemos sufrimientos, limitaciones y necesidades; elementos que se asocian a la angustia y la infelicidad, por lo que los médicos, o los periodistas (no siempre en este orden) les ponen nuevos nombres y entonces se convierten “oficiosamente” en enfermedades. Muchas de esas situaciones no son estrictamente enfermedades, pero es cierto que nos hacen sufrir, nos limitan y nos obligan a recabar ayuda humana o técnica. Existen trastornos dentro de la clasificación de “los relacionados con el estilo de vida moderno”, como lo son: el estrés, la soledad, y las adicciones. Se dice que el estrés no es una enfermedad, es un proceso de relación, y surge cuando la persona no consigue adaptarse a las exigencias de la vida. En definitiva, el estrés es un proceso “transaccional”.

Por su parte, la soledad tampoco es una enfermedad, pero también condiciona riesgos importantes para la salud, especialmente en grupos vulnerables (niños, ancianos, enfermos con capacidades de adaptación); en este sentido, la soledad puede ser clasificada como subjetiva y objetiva, incluso puede ser deseada y productiva, o se puede convertir en una tortura. Por lo que sería importante distinguir entre soledad normal y soledad patológica o deletérea. Con respecto a la vejez, en las últimas décadas se han descrito situaciones de soledad patológica en los ancianos, como el llamado síndrome de Diógenes, que es una especie de “soledad maligna” que se caracteriza por deterioro de las relaciones, aislamiento absoluto, rechazo de las relaciones y ayudas, abandono higiénico, dietético y grave deterioro de la salud, que muchas veces acaba con la muerte en soledad y convirtiéndose en escabrosa noticia de prensa. Y qué decir de los “niños-de-la-llave-al-cuello”, que salen solos, vuelven solos, comen solos, ven la tele solos, y duermen, pero nunca hablan. O de esos jóvenes adolescentes, o esos hijos únicos, que viven en el ático de sus padres divorciados, con una madre biológica que trabaja mucho y habla poco, con un padre que no es el suyo y no habla nada, y que de vez en cuando preguntan: “Mamá, ¿qué es un hermano?”. Y conste que esto no es literatura, es esa vida que llamamos “moderna”, y de ello a la patología no hay más que un paso, el de la angustia. Muchos niños, jóvenes y viejos lo dan, luego no saben volver, y entonces necesitan un psicólogo o un psiquiatra que les alivie sus sufrimientos y limitaciones, al tiempo que calman los sentimientos de culpa de hijos, padres, o de la anónima sociedad (De la Gándara y Álvarez, 2004).

Si bien es cierto que la soledad se ha ido convirtiendo en uno de los problemas relevantes actualmente, en los años cincuenta el estudio de esta realidad social no era objeto de interés para los psicólogos, solo hasta los años ochenta empezó a tomarse como un tema de investigación empírica, a partir de que surgieron instrumentos de medición del constructo soledad, a pesar de ser considerada una de las dolencias más silenciosas y difíciles de detectar (Díez y Morenos, 2015).

De acuerdo con Contini y colaboradores (2012), uno de los filósofos que más ha reflexionado sobre lo que denominó el hiperindividualismo, Lipovetsky, plantea la disolución de las instituciones colectivas y la consolidación de un individualismo desenfrenado; todo ello situando el fenómeno de la soledad en un contexto cultural occidental. Lipovetsky expone que existe una regulación *cool* de las relaciones humanas, marcada por la tolerancia, el hedonismo y la educación permisiva, lo que genera un individualismo de tipo narcisista. En este contexto, se promueve como valor competir más que cooperar. Otro fenómeno marcado por los autores antes señalados, es la sustitución de la interacción cara a cara por otro tipo de relaciones indirectas, sostenidas por las redes informáticas. A partir de este razonamiento, se concluye que será más complejo para el adolescente el aprendizaje

de vínculos saludables y el establecimiento de relaciones interpersonales mutuamente satisfactorias. Investigaciones señaladas por el autor, demuestran que un 23% de los adolescentes mostraba comportamientos de soledad y el 19% tenía marcadas dificultades para las interacciones sociales, es decir, un distanciamiento de los otros (aislamiento). En este sentido, la soledad se presenta, entonces, como un fenómeno multidimensional que varía en intensidad, causas y circunstancias y aparece en diversas edades, niveles socioeconómicos, estado civil o género.

Ahora bien, al mencionar la soledad, una de las principales ideas que se presentan, según Torres y colaboradores (2012), son la de vacío, carencia, ausencia, aislamiento, ansiedad, necesidad de algo, o falta de algo o de alguien que haga compañía. Pero, ¿cómo se concibe la soledad? Podría decirse que es un sentimiento y una experiencia difícil, que es la percepción de que algo falta, o de que alguien no está. En este sentido, la soledad puede identificarse de forma física, por ejemplo: como falta de compañía; o de la forma emocional: cuando el individuo, a pesar de estar acompañado, se percibe solo, sin tener con quién compartir los sucesos de la vida. Actualmente se piensa que la soledad es un proceso dinámico y complejo que abarca tanto el ámbito privado como el público; por lo que investigar sobre este tema tiene una gran relevancia psicosocial. La sensación de soledad sería una condición psicológica desgastante que se caracteriza por un profundo sentimiento de vacío, inutilidad, falta de control y amenaza personal. Investigaciones realizadas con gemelos han demostrado que la soledad se debe a causas ambientales temporales, así como a causas hereditarias. Entre otros factores, están: tener un bajo estatus socioeconómico, relación marital pobre, contacto poco frecuente con amigos y familiares, escasos roles sociales, falta de participación en organizaciones voluntarias, limitaciones físicas y síntomas físicos en la salud.

Pareciera ser que todo radica en un problema de autogobierno, de autocontrol, según De la Gándara y colaboradores (2004). Además, es bien sabido que la característica del ser humano es la de gobernarse a sí mismo, por lo que es preciso conseguir un equilibrio entre lo que *podemos hacer* (capacidad, saber), lo que *debemos hacer* (normas), y lo que *queremos hacer* (deseos e impulsos). Alguien formado en sociedad, entiende que el uso correcto de esos tres *haceres* es el mejor indicio de un equilibrio mental. No obstante, algunos seres humanos no disponen ni usan adecuadamente la capacidad de autogobierno, o mejor dicho: ningún ser humano dispone y usa todo el tiempo esa “dignísima cualidad”.

En otro orden de ideas, el estudio de la soledad ha sido abordado desde perspectivas conceptuales diferentes, entre las que destacan la filosófica, la social antropológica y la psicológica; desde el primer punto de vista, la soledad es entendida como una condición inescapable en la búsqueda de la autoconciencia. Mientras que la aproximación social antropológica está representada por estudios antropológicos y culturales que analizan las manifestaciones de la soledad en diversas actividades artísticas, tales como la literatura, la poesía, la pintura, la música, entre otras. En México, particularmente la soledad ha sido investigada desde la perspectiva sociológica como un concepto analítico a partir del cual se perfilan rasgos culturales del mexicano. Finalmente, dentro de la perspectiva psicológica, la relevancia de la soledad se ve reflejada en la cantidad de bibliografía especializada al respecto. Prueba de ello son los más de 2500 artículos y 118 capítulos de libros indexados en el *Psychological Abstracts*, de enero de 1974 a diciembre de 2000. Cabe señalar que, en la década de los ochenta se generaron los primeros textos especializados sobre la soledad con un enfoque psicológico (Centro de Bioética, 2017).

En contraste, la perspectiva de la salud y clínica expone que, de acuerdo con investigaciones realizadas en la Universidad de Arizona y publicadas en la revista *Health Communication*, se

encontró que la soledad potencia el efecto del estrés y la adquisición de hábitos nocivos para la salud como cuidarse menos, dormir peor e incrementar la tendencia a consumir medicamentos. Estudios expuestos por Torres y colaboradores (2012) demuestran que los individuos detectados como más solitarios se mostraron como menos capaces de lidiar con factores estresantes en la vida diaria, lo cual ejerce una influencia sobre la salud, empobreciendo la calidad de vida. Si bien es cierto que la soledad predice y promueve un incremento de la depresión sin importar edad, género o grupo étnico, también se observa que la soledad disminuye en la edad media (45-55 años) y en una edad más avanzada (65-75 años), debido al aumento en el acercamiento emocional de las personas. De acuerdo con estos datos, se considera que la soledad es un factor de riesgo para la salud y, sobre todo, en lo que al terreno psicológico se refiere; asimismo, la soledad se ha asociado al incremento de resistencia vascular, a la presión arterial elevada, al aumento de actividad hipotálamica pituitaria adrenocortical, a los malestares del sueño, al alcoholismo, a la evolución de la enfermedad de Alzheimer, a la obesidad y a la pobre salud física. También se ha relacionado con condiciones psiquiátricas como desórdenes de personalidad, hipocondriasis, esquizofrenia, ideación y comportamiento suicida y depresión. Es necesario convertirse en una comunidad que busque una convivencia armónica, pacífica, promotora de la salud integral de sus habitantes, donde la soledad sea solo una opción de vida personal y no una categoría de vida impuesta por la sociedad.

Esto coincide con los principios expuestos por Anguita (2017), respecto a que la soledad no significa aislamiento, y que por otra parte, se puede vivir como una bendición, si en vez de temerla, se le hace su amigo; la autora expresa que la soledad y el silencio son necesarios para reconectar con uno mismo y encontrar cada día el propio equilibrio; la clave en ello radica en contar con una red de afectos alrededor para poder elegir cuándo queremos estar solos y cuándo no. Finalmente, será importante evitar conductas evasivas y de abandono (incluido el exceso de trabajo) y que tratemos nuestro hogar como lo haríamos si conviviésemos con alguien.

“La soledad tiene dos rostros: puede ser una mortal consejera, pero, cuando se la domestica, puede convertirse en una amiga infinitamente preciosa”

La soledad domesticada, Jean Michel Quinodoz.

Dismorfia muscular

Es de reconocer que, históricamente, los estudios sobre imagen corporal prácticamente se han centrado en el modelo de delgadez (Tod y Edwards, 2015). De acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, quinta edición (DSM-5, por sus siglas en inglés; American Psychiatric Association [APA], 2013), se registra una acentuada diferencia por sexo respecto a la prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (TCA), como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, pues de cada diez casos identificados, nueve se presentan en mujeres, por tan solo uno en hombres.

Sin embargo, se ha señalado que en la actualidad los varones ya no están exentos a la presión que, en determinadas sociedades, promueve la deseabilidad de ajustarse a ciertos ideales corporales, los cuales conducen a los hombres a la interiorización de dichos ideales estéticos corporales (Bosques, 2015; Bradley y Reilly, 2014). Pero en los hombres dicha interiorización, más allá de conducirse hacia una preocupación mórbida por el adelgazamiento que puede conducir al desarrollo

de un TCA, se dirige a una preocupación excesiva por el desarrollo de su masa muscular (Dakanalis y Riva, 2013; Specte y Wiss, 2014), lo que puede derivar en una psicopatología recientemente especificada como dismorfia muscular (DM), entidad diagnóstica recientemente incluida en el DSM-5 (APA, 2013), y considerada como una variante de trastorno dismórfico corporal (TDC), y que puede ser diagnosticada si hay presencia de los siguientes síntomas:

- a) Preocupación excesiva por uno o más defectos percibidos en la apariencia física de la persona y que estas imperfecciones no sean observables o que otras personas los aprecien como leves.
- b) Que, en algún momento, durante el transcurso del trastorno, el individuo realice comportamientos repetitivos (e. g., revisarse en los espejos, asearse constantemente, necesitar desmedidamente aprobación) o tenga representaciones mentales (e. g., al estar continuamente comparando su apariencia con la de otras personas) como muestra de su evidente preocupación por su apariencia.
- c) La preocupación excesiva del individuo genera angustia o deterioro clínicamente significativo en sus áreas sociales, ocupacionales o en otras esferas importantes de funcionamiento.
- d) La preocupación por la apariencia no se explica mejor por las preocupaciones por la grasa o el peso corporales del individuo cuyos síntomas cumplan con los criterios diagnósticos de un TCA.

Específicamente, se ha de indicar si el TDC se presenta como una forma de dismorfia muscular, es decir, aquella preocupación obsesiva de un individuo por la idea de que su cuerpo es demasiado pequeño o insuficientemente delgado o muscular, cuando en realidad la persona que padece esta forma del trastorno posee un cuerpo de aspecto normal o incluso muy musculoso (Tod, Edwards, y Cranswick, 2016). Y contrario a lo que ocurre con algún tipo de trastorno de comportamiento alimentario, la DM se presenta casi de forma exclusiva en los varones, y aunque todavía no se conocen datos epidemiológicos consistentes de DM, se ha reportado que en muestras conformadas por usuarios de gimnasios ubicados en México, 15% de varones y uno por ciento de mujeres presentan sintomatología de DM (Barrientos, Escoto, Bosques, Enríquez y Juárez, 2014).

Los individuos que presentan DM, regularmente recurren al empleo de métodos extremos para modificar el peso o forma corporal, los cuales en la mayoría de las ocasiones pueden causar afectaciones a nivel físico y orgánico, por ejemplo:

Alimentación alterada. Quienes padecen de DM a menudo mantienen dietas hiperprotéicas con uno de los objetivos de incrementar su masa muscular. Estudios realizados en varones con sintomatología de DM ha encontrado que, aunque llevan una dieta adecuada en calorías, hidratos de carbono y lípidos, el consumo proteínico ingerido rebasa los límites científicamente recomendados para el desarrollo de la musculatura en la actividad deportiva de fuerza (Martínez, Cortés, Rizo y Gil, 2015).

Consumo de sustancias. Cuando una persona presenta síntomas característicos de DM queda expuesta también al uso de esteroides anabólicos androgénicos, con los que busca incrementar su masa muscular. Estas sustancias son potencialmente peligrosas y pueden derivar en afecciones a nivel endocrino, cardíaco, arterial y del estado de ánimo (Pope Jr. et al., 2013).

Adherencia al entrenamiento. Los individuos con DM, suelen realizar ejercicio excesivo con el propósito de incrementar su masa muscular. Ellos pasan varias horas realizando rutinas con levantamiento de pesas, incluso cuando se les ha contraindicado o se encuentren lesionados (Tod et al., 2016).

Respecto a la investigación de los factores de riesgo asociados a la DM, se han analizado aspectos como: la interiorización de ideales corporales, un imagen corporal perceptualmente alterada, insatisfacción corporal, baja autoestima, estado de ánimo depresivo, ansiedad, adhesión a los estereotipos de género, perfeccionismo y el uso de métodos extremos para modificar el peso o la forma corporal (Bosques, 2015; Castro, Cachón, Molero y Zagalaz, 2013; Murray, Rieger, Karlov y Touyz, 2013; Specte y Wiss, 2014).

De acuerdo con la literatura, los estudios empíricos se han realizado mayormente en muestras no clínicas, y por lo tanto existe una comprensión limitada de las personas que padecen DM así como del conocimiento basado en su etiología, prevalencia, nosología, pronóstico y tratamiento. Al respecto, se plantea como tarea prioritaria realizar investigaciones que examinen la prevalencia de DM así como la realización de diseños de estudios más amplios que contribuyan al conocimiento robustecido sobre este trastorno que permitan a los profesionales clínicos incidir en la calidad de vida y salud de las personas que se encuentran en riesgo debido a la preocupación obsesiva por su imagen y musculatura. También se considera la pertinencia de llevar a cabo estudios cualitativos que ahonden en los posibles eventos significativos, en etapas de vida temprana y adulta que ayuden a la comprensión del fenómeno y al diseño de intervenciones psicológicas enfocadas al cambio autoperceptual. Igualmente, es necesario establecer y aclarar las posibles diferencias y/o similitudes en la caracterización del trastorno con base en estudios interculturales que revelen la comprensión de cómo se presenta la DM en personas provenientes de distintas sociedades, culturas o etnias, en las que se analice la forma en que se manifiesta la DM en personas con diferentes creencias religiosas por orientación sexual (Tod et al., 2016).

Con respecto al trabajo de intervención, se ha partido de los avances obtenidos en la prevención y tratamiento de los TCA y el TDC, por ejemplo, se infiere que los modelos terapéuticos cognitivo-conductuales y con administración de antidepresivos serotoninérgicos, también podrían ser efectivos en el tratamiento de DM (Cunningham et al., 2017).

Del síndrome nomofobia a la egolatría, una adicción emergente

Uno de los métodos de comunicación digital surgido con las nuevas tecnologías son las redes sociales, formas de comunicación que han incrementado las interrelaciones de los seres humanos y que han hecho compleja la distinción entre lo específicamente tecnológico y lo específicamente humano.

Es evidente cómo nuestras vidas han mejorado debido a las nuevas tecnologías, ahora todo es más fácil y rápido. El problema se presenta cuando perdemos el equilibrio entre lo virtual y lo real. Turkle (2015) señala que, en la actualidad, este sistema digital se ha convertido en algo más que una herramienta, puesto que la comunicación e interacción que demanda, ofrece nuevos modelos mentales y un medio nuevo en el cual proyectar nuestras ideas y fantasías.

Llama la atención la forma en que el uso de las redes sociales despierta el narcisismo de los usuarios. Pese a que es considerada una moda, algunos especialistas (Fernández, 2013; García, 2013) alertan sobre sus efectos, ya que aseguran que al utilizarlas reiteradamente podrían estar expresándose ciertas necesidades. Por ejemplo, millones de personas publican sus fotos en redes sociales, bajo el *hashtag* (etiqueta) o con la conocida *selfie*. Los motivos de por qué lo hacen varían,

algunos mencionan que es con el fin de compartir instantes, un mensaje para alguien, simplemente por ocio o por el hecho de presumir algún logro.

Algunos expertos en psicología (Herrera, Pacheco, Palomar y Zavala, 2010; Tarazona, 2013) advierten que, exponer excesivamente la vida personal, también podría hablar de sujetos con baja autoestima, quienes buscan aprobación y aceptación de los demás, exhibiendo solamente lo que quieren mostrar y construyéndose así una identidad que se pone a consideración de los demás para recibir retroalimentación y ser validada.

Por ello se llega a considerar la propensión de la *selfie*, como un acto de vanidad que indica narcisismo o bien, falta de autoestima, que se traduce en necesidad de autoafirmación y construcción de identidad, y son las personas jóvenes quienes con mayor frecuencia buscan la aceptación de la gente mediante redes sociales. De este modo, publicar *selfies* puede ser contraproducente si no reciben la retroalimentación esperada, dañando así su autoestima.

¿Nos estaremos volviendo narcisistas en la cultura digital?

Tomarse una foto de uno mismo ocasionalmente puede ser algo divertido, sin embargo, existen personas que se toman fotos cada cinco minutos, a solas e incluso frente a todos, en todas las poses y circunstancias posibles, para postearlas en las redes sociales y cambiar su perfil a diario. Puesto que con estas acciones se experimenta la aceptación de los demás, el usuario tiende a hacerse adicto a que le den un *like*. Esto podría deberse a soledad, inseguridad o vanidad.

Un trastorno de la personalidad que implica la preocupación por sí mismo y sobre cómo es percibido por los demás, es el narcisista, el que está interesado por la satisfacción de su vanidad y la admiración de sus propios atributos físicos e intelectuales. Al respecto, se ha mencionado que las redes sociales están convirtiendo a algunos sujetos en narcisistas, persiguiendo la vanidad y la admiración de sus atributos físicos e intelectuales y llevándolos a construir o reconstruir identidades virtuales, lo cual puede conllevar problemas psicológicos como depresión, trastornos obsesivos, compulsivos o incluso un trastorno dismórfico corporal. En ese mismo tenor, se ha encontrado que quienes publican *selfies* de forma exagerada suelen tener relaciones más superficiales y peor sentido de la intimidad (Chioino-Salomón y Nadir-Milagros, 2016; Tarazona, 2013).

El hecho de enfrentarse a una realidad diferente a la que viven y tener en su poder la posibilidad de crearse una identidad nueva, hace que los índices de adrenalina se disparen frente al ordenador o al teléfono móvil, aunque también puede suceder que simplemente se utilicen para abstraerse de la cotidianidad o como forma de continuar conectado con amistades y reafirmar su identidad ante el grupo, esto principalmente en el caso de los adolescentes. En el momento en que esto interfiere en la vida normal de manera clara, debe ser signo de alarma y preocupación.

¿Cómo poder identificar una adicción en este campo, o cómo poder distinguir un problema de una simple distracción? Los cambios en el comportamiento que deben ser signo de preocupación son los siguientes:

- Pérdida de control y dependencia excesiva, perdiendo la noción del tiempo.
- Aislamiento.
- Irritabilidad.
- Bajo rendimiento en el trabajo o en la escuela.

- Desinterés por otros temas.
- Trastorno de la conducta, sedentarismo e incluso obesidad.
- Sentir euforia y activación excesiva ante el ordenador o teléfono móvil.
- Perder horas de sueño.

Las personas con dependencia a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) pueden buscar un alivio inmediato ante el malestar emocional que estén viviendo (aburrimiento, soledad, ira, problemas en familia o en el trabajo). Es justo ese placer el que les convierte en adictos a las redes sociales, pues con el uso de las TIC consiguen evadirse y pareciera que los problemas desaparecen y la angustia con ellos. Esta agradable sensación hará que cada vez el abuso sea mayor, y cuanto más grande sea, aumentará el aislamiento de la persona, la ansiedad, baja autoestima y pérdida de su capacidad de control.

Efectos psicológicos

Según diferentes estudios (Fernández, 2013; Fuchs, 2014; García, 2013) el uso excesivo de las redes sociales puede producir problemas psicológicos como:

- Déficit de atención e hiperactividad
- Depresión
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno de personalidad narcisista
- Trastorno esquizoafectivo y esquizotípico
- Hipocondría
- Adicción

Turkle (2012) afirma que la red provoca una conducta adictiva, al punto que en imágenes del cerebro se observa un claro deterioro en las mismas zonas que afectan a los drogadictos. Así, se ha encontrado que disminuye la cantidad de materia blanca en las regiones donde se controlan las emociones, la toma de decisiones y la capacidad de concentración y atención. Incluso, el cerebro puede perder su capacidad de memorizar.

Ramírez (2014) reporta que el uso de internet también puede activar regiones superiores del cerebro relacionadas con conductas impulsivo-compulsivas, dependencia, dispersión de la atención, olvido, así como dificultades para asimilar conocimientos. Esto ayudaría a explicar la conexión inmediata y permanente con el celular que puede presentarse, sobre todo, pero no de manera exclusiva, en los adolescentes. Esta activación coadyuvaría a que las conexiones neuronales se reestructuren y que haya un deseo de recibir de nuevo estos estímulos que generan placer y que, al dejar de hacerlo, produzca ansiedad.

Estos síntomas pueden llegar a generar otras emociones como la ira, la depresión y la envidia, pues, según varias investigaciones, en las redes sociales disminuye el autocontrol de las personas y estas se comportan de una forma muy distinta a como lo harían en una conversación cara a cara. Cyberspace llamó a este fenómeno el efecto de la desinhibición.

Según Gubern (2000), en las redes sociales las personas hablan aproximadamente 80% de las veces sobre sí misma, y este egocentrismo genera una sensación placentera. Se ha visto que, ante dicho estímulo, se activa la misma parte del cerebro relacionada con la motivación, el amor,

e inclusive, los orgasmos. De hecho, los estudios demuestran que estos focos de recompensa en el cerebro están mucho más activos cuando las personas expresan sus puntos de vista que cuando no tienen tanto protagonismo.

Síndromes latentes

Si se usan en exceso el móvil e internet, al hacer de las TIC una forma de vida, al hablar más con conocidos y familiares a través de ellas que en persona, estos son los síndromes que se pueden presentar:

1. *Nomofobia*. Afecta a más de la mitad de los usuarios, al presentarse ansiedad cuando no se puede disponer del teléfono móvil.
2. *Fomo*. Miedo a perderse algo. Se produce al ver cómo amigos se la están pasando bien sin poder estar ahí.
3. *Phubbing*. Ignoro y me ignoran por un móvil. Se menosprecia a las personas que se tiene cerca, al prestarle más atención al móvil.
4. *Ciberadicción*. No puedo vivir sin internet. Tendencia a ponerse tenso si está lenta o no funciona. Y además las relaciones interpersonales y laborales se ven perjudicadas, afectando a personas con baja autoestima y falta de control en sus impulsos.
5. *Efecto Google*. Se consulta todo, convirtiéndose en una alternativa donde siempre se puede volver a buscar ese dato que no se recuerda y provocando que tendamos a olvidar la información.
6. *Ludopatía*. Llamado también el juego online. El perder solo motiva a seguir jugando.
7. *Juegos freemium*. Pagar para recuperar vidas, lo cual provoca una conducta adictiva al tener que pagar en un videojuego en línea por una vida, ya que pone nervioso el esperar para cargarla y poder retomar el juego.
8. *Cibercondría*. Internet es mi médico online. Al tener un malestar, se busca en internet lo que está pasando. El acceso a la información fácil e inmediata ha hecho que la web se convierta en un médico.
9. *Vibransxiety*. Síndrome de la vibración fantasma.

Algunos estudios concluyen que cuanto más se usan las redes, se tiene peor nivel de satisfacción con la vida o más posibilidad de sufrir ansiedad, entre otros trastornos. Ese afán de mostrar felicidad para que el proceso produzca infelicidad y por ello tener que mostrar más que lo somos falsamente, y así sucesivamente, se convierte en un círculo vicioso. Dado que empieza el tema de la aceptación de los demás, el usuario tiende a hacerse adicto a que le den un *like*, por eso la necesidad de presumir siempre lo que se está haciendo.

A manera de cierre, los expertos coinciden en que no se deben satanizar las redes sociales y en que es importante valorar también sus aspectos positivos. De hecho, estas han permitido que la gente cree vínculos sociales y lazos afectivos con personas de otras latitudes sin necesidad de intermediarios. Esta ruptura de las fronteras ha contribuido a la globalización y a que todos puedan opinar y participar en diferentes causas. Es una forma de expandir la capacidad de socializar, señaló Lévy (1999). Además, cada vez hay mayor evidencia de que la brecha generacional ha disminuido con los años y muchos adultos mayores usan sus celulares y tabletas para comunicarse con sus familiares.

Es importante no priorizar el contacto virtual por encima de la interacción física. A final de cuentas, cada persona es esclava de lo que publica. La tecnología no es un problema, todo depende del uso que se le dé.

Consejos para reducir la adicción a las redes sociales

En el caso de los adolescentes es más fácil crear una estrategia de prevención, como lo menciona Echeburúa (2012). Ante el peligro de que se convierta en adicto, el adulto deberá fomentar la relación con otras personas, potenciar otro tipo de aficiones en su tiempo libre como la lectura o algún deporte. En el caso de los jóvenes, es importante limitar el tiempo y el uso de aparatos, evitando el encierro y estimulando el diálogo en la propia familia.

Ante la sospecha de estar sufriendo esta nueva adicción, lo más recomendable es acudir al especialista y recibir la terapia psicológica pertinente. La meta de la abstinencia no es planteable, aunque sí será necesario acudir a ella en las primeras semanas de tratamiento hasta estabilizar al paciente. En un problema como este, habrá que centrarse en el control de la conducta y será necesario el aprendizaje de respuestas de afrontamiento ante situaciones de riesgo.

Será necesario aprender a tener una conducta controlada ante los estímulos de riesgo. Para ello, el paciente en un principio podrá conectarse a la red bajo la supervisión de otro y después a solas, controlando gradualmente el tiempo de conexión y llevando a cabo una serie de actividades, como controlar las veces que se ingresa a revisar el correo electrónico o a una red social, así como evitar quitarse tiempo de sueño.

Con este tipo de actividades se intenta que el paciente adquiera mayor confianza en sí mismo, viéndose ahora como dueño de su tiempo. Un adicto a las TIC, como cualquier otro adicto, deberá evitar de por vida las situaciones de riesgo, identificarlas y afrontarlas racionalmente, el objetivo del trabajo de terapia, en estos casos, siempre será el reaprendizaje de la conducta de una forma controlada.

Naturalización y normalización de la violencia

Uno de los grandes desafíos para la psicología de la salud es el tema de la violencia y sus diversas manifestaciones y efectos en la sociedad mexicana actual. Sin embargo, como si el mismo tema no fuera de por sí ya amplio y complejo, hay dos aspectos que en especial le dan aún mayor relevancia: su naturalización y normalización, conformándose una cultura de la violencia que, desafortunadamente, se ha ido enraizado en nuestra cotidianidad mexicana.

Algunas definiciones

Así es posible afirmar, de manera generalizada, que nos hemos acostumbrado tanto a vivir junto a la violencia que la percibimos como parte natural de la vida diaria, y no solo en sus manifestaciones sociales y externas, sino inclusive recibiendo (o ejerciendo) nosotros mismos en nuestro ámbito cotidiano y más íntimo; a esto llamaríamos *naturalización*. La *normalización* se referiría a que, muy frecuentemente y de muchas formas, ejercer violencia se justifica o autoriza (Kristinsdóttir, 2015).

¿Qué entenderíamos por violencia? Podemos encontrar múltiples respuestas dependiendo del enfoque desde el que se intente contestarla. Desde el punto de vista de la salud, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2003) definen la violencia como:

“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (p. 5).

De manera similar a como lo señalan otras autoras que mencionaremos más adelante, al utilizar la palabra *poder*, la OPS (2003) implica los actos que son resultado de una relación inequitativa, elemento consustancial y del cual hay que partir para el entendimiento del fenómeno de la violencia. Pero, igualmente, es importante enfatizar en esta definición el término *intencional*, es decir, la voluntad de controlar, intimidar y someter al otro (Martínez-Jerez, 2016). Esta puntualización es oportuna para indicar la diferencia entre los términos *violencia* y *agresión*. Así, esta última sería entendida como “...un instinto fisiológico, que no se distingue de cualquier otro instinto y que en condiciones naturales puede apuntar a la conservación de la vida y de la especie” (Martínez, Robles, Utría y Amar, 2014, p. 137).

La OMS (como se citó en OPS, 2003), a su vez, divide la violencia en tres categorías generales, según quien ejerza el acto violento:

1. La violencia autoinfringida, que es la violencia de una persona hacia sí misma,
2. La violencia interpersonal, que es impuesta por otra persona o un número pequeño de ellas. Incluye:
 - a) La violencia familiar o de pareja, incluyendo el maltrato a menores y a las personas de la tercera edad.
 - b) La violencia comunitaria, que se produce entre personas sin parentesco, que pueden conocerse o no y que por lo general se da fuera del hogar.
3. La violencia colectiva, definida como la infringida por grupos más grandes como el Estado, organizaciones criminales y terroristas, grupos políticos de confrontación, etcétera.

La OMS (como se citó en OPS, 2003), adicionalmente, propone una tipología en cuanto a la naturaleza de los actos de violencia, es decir, a la forma en cómo se ejerce la violencia hacia uno mismo, de manera interpersonal o colectiva. Estas formas pueden ser: a) violencia física, b) violencia sexual, c) violencia psíquica y d) violencia que incluye privaciones o negligencia.

Con un matiz más psicológico, Galtung (1985, como se citó en Tobar, 2013) define la violencia como un desequilibrio entre la realización potencial y la realización efectiva de las necesidades del ser humano. Así, la violencia se refiere a una forma de no ejercer y negar las potencialidades, a través de no ser lo que podemos ser o no tener lo que debemos más allá de nuestra voluntad.

Desde un punto de vista relacional, Jiménez-Bautista (2012) explica la violencia como un vínculo, dentro del cual una de las partes somete a la otra, más vulnerable, debido a la existencia entre ellos de una relación jerárquica y aceptada socialmente como no igual. Para Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Pérez (2014), de manera muy similar, la violencia es toda relación de poder en donde se naturaliza la jerarquía y la desigualdad entre los participantes y aún más, en donde los sujetos son transformados en objetos.

Para Moreno (2006), habría que explicar la violencia desde una perspectiva triple:

1. La del acto mismo, en donde este debe ir acompañado de un exceso de fuerza.
2. Los actores, en donde alguien o algunos ejercen un daño a otra u otras personas.
3. La significación de la acción, que es referida al significado negativo para la víctima que alguien (agresor, misma víctima u observador) le da al hecho, pero en el cual siempre debe estar la intención de daño como el eje de la acción violenta. Poujol (2016), agrega un cuarto elemento: el contexto como “un campo de lógicas y fuerzas en el que se produce la violencia que puede caracterizarse como de apropiación/violencia o de regulación/emancipación” (pp. 125 y 126).

Postulaciones sobre su origen

Al igual que las definiciones, las postulaciones sobre el origen de la violencia tienen múltiples abordajes; mencionaremos solo algunos.

Desde la historia, la violencia es un fenómeno que ha estado siempre al lado del ser humano. Para Arteaga (2013), la violencia y la rebelión han sido utilizadas por la necesidad de transformación social, y menciona como modelo a la Revolución francesa, en la cual las clases desfavorecidas utilizaron la violencia como fuerza liberadora de factores económicos y políticos. Sin embargo, en la actualidad la violencia responde a otras motivaciones y significados, totalmente diferentes. Por ejemplo, actualmente está profundamente inserta en muchas escuelas y en la interrelación cotidiana de los niños.

Sociológicamente, Wieviorka (2017) establece que se han desarrollado tres paradigmas fundamentales desde los que tradicionalmente se ha intentado explicar la violencia: desde el enfoque funcionalista, desde el utilitarista y a partir del culturalista. Como parte de las grandes corrientes de la sociología clásica, cada uno subraya aspectos distintos de la sociedad y explican parcialmente ciertos espacios de la realidad social relacionados con la violencia.

El enfoque funcionalista muestra, desde el sistema de las instituciones sociales, a la violencia como una respuesta a una situación, es decir, establece las condiciones para que el fenómeno se desarrolle, por ejemplo, como resultado de la anomia, la marginación y la desorganización social, que excluyen a ciertos grupos y ocasionando el descontento de sus integrantes por su posición en la estratificación social. El paradigma utilitarista considera que la violencia es un medio racional para lograr un fin determinado. Objeto de múltiples críticas, esta postura permite entender cómo estos actores establecen estrategias determinadas y deliberadas, y definen objetivos y recursos para alcanzar sus fines. Desde el paradigma culturalista, se busca entender y clarificar las redes de socialización y la conformación de las identidades individuales que posibilitan la creación de la cultura de la violencia, su producción y reproducción, así como el significado que adquiere la propia violencia dentro de estas redes sociales (Wieviorka, 2017).

Desde una posición sociológica estructural, la violencia se construye como un fenómeno que responde a condiciones estrictamente materiales, es decir, de poder y económicas, al igual que a situaciones como la falta de solidaridad social y diálogo. Pero también, se ha postulado la importancia de la diferencia y la distancia social en la construcción de la violencia. Para esta posición, el imperante, y siempre creciente, consumismo ha hecho más visibles las diferencias y distancias

entre las clases sociales, considerando que la frustración consecuente ha provocado el aumento de la violencia (Arteaga, 2013).

En especial en nuestro país, para Cisneros (2014) y Ramírez (2012), el incremento y la aparición de nuevas formas de violencia obedece a una serie de factores entre los que pueden incluirse: el deterioro social, marcado por la concentración de la riqueza y la desigualdad social, e íntimamente relacionado con el modelo económico neoliberal implementado a partir de los ochenta del siglo pasado; el hacinamiento urbano ocasionado por la explosión demográfica; el enorme rezago educativo; el papel preponderante que juegan los medios de comunicación en el deterioro de los valores; la corrupción inmersa en las instituciones y en la vida pública; el vacío consecuente de poder y autoridad, y el incremento de la subordinación del país hacia Estados Unidos.

Panorama de la violencia en México

Estos factores mencionados se han aunado a la declarada lucha contra el narcotráfico iniciada por el presidente Felipe Calderón en 2006, punto de referencia para el enorme repunte de la violencia social vivida por la mayor parte de los mexicanos hasta la fecha. Según cifras oficiales, durante el mandato de Calderón (2006-2012), la cantidad de muertos fue de 121,683 (“Más de 121 mil muertos, el saldo de la narcoguerra de Calderón: INEGI”, 2013).

En el siguiente sexenio las cifras no mejoraron, e inclusive se proyecta sean mayores. De 2012 a marzo de 2017, durante el mandato de Peña Nieto, el número de muertes fue cercano a 90,000 y se estimó que, al concluir el 2017, el número sería alrededor de 30 mil (Secretaría de Gobernación [SEGOB], 2017).

Normalización y naturalización dentro de la cultura de la violencia

El contexto anterior quizá nos permita comenzar a entender los elementos que posibilitan afirmar que nuestro país vive inmerso en una cultura de la violencia, en donde su presencia, en cualquier tipo de relación social, ha sido normalizada y naturalizada, a través de modificar radicalmente el marco axiológico social (Ramírez, 2012). Así, esta cultura justifica la violencia, permitiendo que se ejerza el poder de forma abusiva y destructiva como medio válido para obtener prestigio, poder, riqueza, sexo y, para ello, modificando la percepción social y asumiendo que “la violencia es valiosa por sí misma y que su ejercicio genera placer al agresor” (p. 187). Sin embargo, es una realidad que, al mismo tiempo y de manera contradictoria, la violencia genera miedo (Hernández y Finol, 2011; Ovalle, 2010). Aún más, para Reguillo (1996, como se citó en Hernández y Finol, 2011) “La violencia... se alimenta del miedo, la incertidumbre, la desesperanza y especialmente de la disolución del vínculo social” (p. 97) y es quizá debido a esto que tratamos de acercarnos a ella como una forma de identificación con el agresor, y así disminuir el miedo y evitar que nos dañe. La trivialización permite disminuir el valor, y por lo tanto, el impacto de un fenómeno. Montero (2008), afirma que a través de procesos de familiarización y habituación naturalizamos fenómenos, sobre todo aquellos que son negativos para nuestra vida, como “...vías para hacer aceptable lo inaceptable... admisible lo inadmisible...” (p. 259).

¿Nos damos cuenta de la presencia de la violencia en nuestras vidas como una forma “normal” y “natural” de comportamiento? Abordaremos a continuación algunas formas que asume la violencia

en nuestra cotidianidad para una eventual reflexión y acción, inicialmente personal e individual, pero también grupal y social.

Como diversos autores mencionan (Montero, 2008; Ramírez, 2012), detrás de la cultura de la violencia hay una voraz competencia social, en donde con mayor agresividad y menos miramientos que en el pasado, se trata de mostrar que se es más que el otro. Esto se ve reforzado por un incremento del consumismo, establecido a mayor magnitud por la globalización y la implementación del neoliberalismo como ideología oficial. Así, se ha producido un paulatino pero profundo cambio de valores en la sociedad, dirigido hacia el individualismo, la búsqueda del dinero fácil y la cosificación, incidiendo directamente en un marcado deterioro en la función de socialización para la convivencia, de los modelos tradicionales de cualquier sociedad: escuela, familia, medios de comunicación. En esta nueva cultura los valores éticos ya no son tan importantes, solo los que satisfacen los intereses personales (Cisneros, 2014; Mestries, 2014, y Ramírez, 2012). Este contexto es un “caldo de cultivo” ideal para la naturalización y normalización, pero, sobre todo, para el desarrollo de una cultura de la violencia.

Así, un elemento clave, que ha tenido y sigue teniendo enorme influencia en la habituación social a la violencia, son los medios de comunicación. Desde diversas trincheras, el denominador común en los medios es la apología a la violencia y a sus actores, proyectando y recibéndose estas prácticas sin asombro, como entretenimiento y espectáculo, mostrándolas como una forma habitual, rápida y efectiva para resolver los conflictos, pero además como el ideal de vida para lograr beneficios que de otra forma sería casi imposible lograr (Cisneros, 2014; Hernández y Finol, 2011). También sin posibilidad de reflexión y análisis, pues difícilmente se da el contexto para ello.

Quienes principalmente reciben estos mensajes y son más vulnerables a su influencia son los niños y adolescentes, en proceso de desarrollo y formación ética, cognitiva y emocional. Aunque no hay evidencia de relación causa-efecto entre el ser expuestos a contenidos violentos y presentar comportamientos similares, se afirma que la exposición a programas y juegos con violencia disminuyen la sensibilidad a ella, siendo las escenas en donde quien violenta es recompensado por sus actos las que tienen más posibilidad de modelar comportamientos (Gómez del Castillo, 2007). Igualmente, Quesada (2000, como se citó en Morales y Herrera, 2015) afirma que, cuando un niño o adolescente observa que la violencia es la forma “normal” y común de resolver los conflictos en su entorno, y esto es reforzado por los medios de comunicación que utiliza, su conclusión y aprendizaje directo es que esa es la forma adecuada de conducirse. Un ejemplo en donde esto se manifiesta es en los videojuegos violentos.

Otra forma cruda y directa en que los niños y jóvenes han sido expuestos a la violencia naturalizada y normalizada es la música. En forma de narcocorridos, conjuntos musicales, bandas, conciertos, videos en la red, etc., esta población vive día a día en la cultura de la violencia, en donde se hace apología al capo salido del pueblo y que, en poco tiempo, gracias a la violencia, goza de fama y dinero (Mestries, 2014).

Basado igualmente en un desquiciamiento de los valores, la cultura de la ilegalidad (hermana de la cultura de la violencia) y en la anomia, surge como máxima expresión violenta de esta música el Movimiento Alterado (MA) (Ramírez, 2012). Según este autor, el MA nace entre 2008 y 2009 en el contexto de la lucha de Calderón hacia el narcotráfico. Con un fondo sonoro lleno de balazos y con letras que hacen alusión directa al uso “normal” y cotidiano de drogas, matar, huir de la ley, ejercer maltrato y abuso, sin ninguna empatía ni sensibilidad al sufrimiento ajeno, de forma

“sádica y morbosa” (p. 190), se está totalmente en contra de la moral social y de los valores que fundamentan la convivencia como el respeto, el orden y la honestidad.

Aún más, para Ramírez (2012), el MA ha llegado a jugar un papel como medio de socialización pues sus letras son producto de un contexto real, en donde se viven los valores que promueve: la riqueza fácil, el hedonismo, el tener sobre el ser, el machismo, el egoísmo, el ser capaz de matar y de destruir. Así, para este autor, “El MA expresa, de manera firme, la instalación del narcotráfico y las industrias de la violencia en la cultura y en los medios de difusión. El narcotráfico y estas industrias educan hoy en México...” (pp. 216 y 217) mostrando de manera fehaciente la debilidad de la educación oficial en México para ejercer efectivamente su papel.

Y es precisamente el ámbito escolar el que debe preocuparnos más debido a su fuerza para reproducir cualquier comportamiento social, y por lo tanto, naturalizar y normalizar la violencia (Ghiso y Ospina, 2010). Para Castillo y Pacheco (2008) la conducta violenta no se da aislada de los vínculos sociales de los jóvenes, por el contrario, ocurren precisamente dentro de ellos y, por lo tanto, las escuelas “reproducen automáticamente y fuera de toda conciencia las relaciones de poder que le circundan: las faltas de respeto, los abusos, los malos tratos, los daños a la propiedad ajena, la ley del más fuerte, etcétera” (p. 840).

Así, en el espacio de las instituciones educativas no solo se normaliza y naturaliza el comportamiento violento, sino que se llega a una valoración positiva de esta, reforzando y justificando la agresión y disminuyendo la posibilidad de reconocerla y, por lo tanto, de disminuirla (Castillo y Pacheco, 2008; Ghiso y Ospina, 2010). De esta manera, se presentan fenómenos tan evidentes como el maltrato físico u otros menos visibles pero no menos dañinos como la exclusión, la discriminación, la indiferencia, el uso de apodos, etc., todo esto en las interrelaciones de alumnos con alumnos, pero también de profesores con alumnos, de alumnos con profesores e inclusive de profesores con profesores.

Uno de los fenómenos violentos más preocupantes y que se presenta con mayor frecuencia en las escuelas en la actualidad es el *bullying*. Para Ghiso y Ospina (2010), este comportamiento no es determinado por el tamaño físico entre los niños sino por el poder de dominación de uno sobre el otro, de que haya otros que respalden al agresor principal y de que este vaya sintiéndose cada vez más poderoso conforme crecen sus habilidades para amenazar, llevarlas a cabo e ir observando que la víctima va perdiendo sus herramientas de defensa y va quedando a su merced. Es evidente que en este nivel micro se repite el fenómeno que se da en lo macro con respecto a la impunidad: si no hay posibilidad de tener una sanción, el poder abusivo crece y los actos se siguen reproduciendo.

Un aspecto de gran importancia y que requiere mayor estudio es el relacionado con los observadores de los actos de *bullying* y de muchos otros actos de violencia. No agreden directamente pero tampoco la detienen ni la denuncian; de una forma pasiva, también están ejerciendo violencia. Esta actitud remite a los espectáculos de violencia que los medios de comunicación han contribuido a naturalizar y normalizar.

Pero los adultos encargados de los niños tampoco aportan algo a detener estos actos violentos, por el contrario, contribuyen muchas veces a naturalizar el *bullying* debido a la incapacidad de percibir y reconocer dichos actos, pues también están inmersos en sus procesos de violencia naturalizada y normalizada. Para Ghiso y Ospina (2010), este es un círculo vicioso que es necesario romper, pues al no haber sanciones ni control en la disciplina, los niños dejan de confiar y respetar el papel de autoridad de los adultos.

Además de estos fenómenos violentos existen otros que igual involucran a niños y jóvenes, y que amenazan con seguir la escalada de la normalización, naturalización y consecuente ejecución de la violencia en estas edades, pero además con graves consecuencias para su vida y la de otros. Entre ellos están el *ciberacoso*, los grupos secretos de adolescentes en Facebook que fomentan la violencia, el suicidio, los desórdenes alimenticios, el reto de la ballena azul, etcétera.

¿Cuál es el gran peligro de la naturalización y la normalización de la violencia? Para Hernández y Finol (2011), “El peligro radica en que se desarrollará una sociedad que anula el miedo y disloca la muerte para convertirla en objeto sin valor” (p. 107), relativizando y minimizando con ello, el derecho a la vida humana.

Deconstruyendo la naturalización y normalización de la violencia desde la psicología de la salud

Frente a todo esto, ¿qué hacer?, ¿qué es lo que la psicología de la salud tiene para ofrecer? Definitivamente, su gran reto es aportar a la deconstrucción de la naturalización y la normalización de la violencia a través de procesos de reeducación, desde una mirada de la salud, encaminados a disminuir la violencia y, por lo tanto, sus efectos, en el bienestar físico y mental. Para Ghiso y Ospina (2010), desnaturalizar es “desarrollar la capacidad de analizar críticamente los valores, interacciones y espacios en los que se es y se está, habiendo construido unas claves que restituyen la dignidad, la autoestima y el poder de las personas” (p. 554), es decir, reconocer, en primer lugar los adultos, que la violencia no es una forma sana, normal ni natural de relacionarse y vivir.

Puesto que el individualismo es un elemento fundamental de la violencia, otra forma de trabajar sobre ella es estableciendo objetivos sociales (Galtung, 1985, como se citó en Tobar, 2013), en los cuales el fundamento sea la reeducación para la paz y la solución de conflictos a través de la no violencia. Y todo esto no se puede lograr sin una organización social que participe y apoye de manera conjunta. Así, para Mestries (2014), es importante promover el cambio de perspectiva hacia la cultura de la paz y el valor de la persona desde todos los ámbitos: la escuela, los medios masivos de comunicación, los juegos, las películas, la literatura, etcétera.

Ghiso y Ospina (2010), recomiendan trabajar sobre las normas autoritarias y patriarcales que enseñan que la violencia es *la* forma de resolver los conflictos, mostrando que el intercambio, la negociación, la pregunta y el diálogo son fundamentales. Lamus (2012), considera que podemos alcanzar la paz a través de ser equitativos, autónomos, solidarios, participativos y autosuficientes, asegurando a todos los ejercicios plenos de sus derechos y sintiéndose partícipes en el desarrollo de la sociedad. Pero también, tal como lo propuso la UNESCO hace ya 18 años (como se citó en ONU, 1999), creando una cultura de la paz que sustituya la cultura de la violencia, y en donde se privilegie “La adhesión a los principios de libertad, justicia, democracia, tolerancia, solidaridad, cooperación, pluralismo, diversidad cultural, diálogo y entendimiento a todos los niveles de la sociedad y entre las naciones...” (p. 3).

Con la intención de dejar una reflexión final, concluyo con la siguiente cita del Centro de Investigación Social Avanzada (2015). “La libertad no consiste en el cumplimiento anárquico de nuestros caprichos, sino en la magnanimidad de apostar la vida en un compromiso con los otros, con el mundo que hemos de heredarle a nuestros hijos...” (p. 6).

Conclusiones

A manera de conclusión se puede afirmar que los problemas emergentes de la psicología incluyen situaciones, condiciones, causas, que se han incrementado, y que, debido a su naturaleza, vulnera o inciden en daños personales, de pareja, familiares o grupales, dificultando su desarrollo. Estos problemas deben entenderse a partir de una visión conjunta, sistemática, interactuando e influyendo unos con otros.

Es importante destacar que, ante la complejidad de algunos de los problemas emergentes de la psicología de la salud, el nivel de intervenciones implica un cabal conocimiento sintomatológico de las diversas problemáticas, incluyendo la identificación de sus causas y efectos; además obliga abordajes multidisciplinarios, que relacionan distintas profesiones y reagrupan saberes de equipos de salud, que brinden miradas integrales, que garanticen, a la luz de la evidencia científica, el éxito en cuanto a intervenciones en diferentes niveles: promoción de la salud, prevención de la enfermedad e inclusive rehabilitación; poniendo especial atención en demostrar consistentemente que las intervenciones proveen cambios duraderos y beneficios significativos a la salud (O'carroll, 2014).

Asimismo, el abordaje de los problemas emergentes implica un cambio en los enfoques teóricos tradicionales vigentes, hacia la inclusión de otros "nuevos" factores. En cuanto a la atención de estos campos emergentes, se deberá tener en cuenta la participación activa, intentar elaborar y asimilar un lenguaje común, desarrollar mecanismos de integración disciplinar, incluir métodos múltiples para modificar los factores que influyen y determinan cada problemática. Además, se considera igualmente relevante que, las contribuciones empíricas para el conocimiento e incidencia en las problemáticas de emergencia en psicología de la salud incluyan métodos analíticos y estadísticos avanzados, de amplio espectro y calidad que proporcionen confianza en los hallazgos presentados en la literatura científica. Y también coexiste incidencia en la realización de medición y valoración para la investigación, diagnóstico e intervención. Todos los aspectos anteriores en un marco de vigilancia ética en cada uno de los procesos (Hamilton, Marques, y Johnson 2017, en prensa).

Queda abierta la invitación a continuar compilando información, principalmente en la práctica de la psicología de la salud, en cuanto a la identificación de problemas emergentes, modificarlos y/o atenuarlos, así como para el fortalecimiento de la profesionalización y el favorecimiento de la generación de políticas públicas (Garzón y Caro, 2013), como un área de oportunidad en estos nuevos campos de atención.

Referencias

- Aarons, D. (2017). Research in epidemic and emergency situations: A model for collaboration and expediting ethics review in two Caribbean countries. *Developing World Bioethics*, 1-10.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a. ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anguita, A. (2017). *Propuesta de intervención para la dependencia emocional. Superación de la dependencia tras la ruptura de la pareja*. España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Arteaga, B. N. (2003). El espacio de la violencia: un modelo de interpretación social. *Sociológica*, 18(52): 119-145.
- Barbenza, M. I. y Montoya, I.P. (1991) El sentimiento de soledad. Su relación con los factores de personalidad de Eysenck. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23(1): 101-111.
- Barrientos, N., Escoto, C., Bosques, L. E., Enríquez, J. y Juárez, C. (2014). Interiorización de ideales estéticos y preocupación corporal en hombres y mujeres usuarios de gimnasio. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(1): 29-38.
- Bekhet, A. K. y Zauszniewski, J. A. (2012). Mental health of elders in retirement communities: Is loneliness a key factor? *Archives of Psychiatric Nursing*, 26: 214-224. doi:10.1016/j.apnu.2011.09.007
- Bosques, L. E. (2015). *Efecto de la adhesión a los estereotipos de género sobre la sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario y dismorfia muscular: Identificación de variables mediadoras*. Tesis de Doctorado inédita. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bouchoux, J. (2009). *Los perversos narcisistas*. España: Arpa Editores.
- Bradley, L. A. y Reilly, A. (2014). A review of men's body image literature: What we know, and need to know. *International Journal of Costume and Fashion Conceptual. Mediagraphic. Revista de Salud Mental*, 24 (1): 19-27.
- Castillo, R. C. y Pacheco, E. M. (2008). Perfil del maltrato (*bullying*) entre estudiantes de secundaria en la Ciudad de Mérida, Yucatán. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(38): 825-842. Recuperado de www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v13n38/v13n38a7.pdf
- Castro, R., Cachón, J., Molero, D. y Zagalaz, M. L. (2013). Dismorfia muscular y su relación con síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1): 31-36.
- Centro de Bioética (2017). *Soledad: un fenómeno que interpele a la sociedad y al sistema de salud*. Argentina: <http://centrodebioetica.org/2017/01/soledad-un-fenomeno-que-interpele-a-la-sociedad-y-al-sistema-de-salud/>
- Centro de Investigación Social Avanzada (2015). Solidaridad contra la barbarie. *Revista de Filosofía Open Insight*, VI(9): 3-7.
- Cisneros, J. L. (2014). Cómo vivir en la violencia: reflexión crítica sobre la violencia actual. *El Cotidiano*, 187: 83-99.
- Contini, E.N., Lacunza, A.B., Medina, S.E., Álvarez, M., González, M. y Coria, V. (2012). Una problemática a resolver: soledad y aislamiento adolescente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(1): 127-149.
- Cunningham, M. L., Griffiths, S., Mitchison, D., Mond, J. M., Castle, D. y Murray, S. B. (2017). Muscle dysmorphia: an overview of clinical features and treatment options. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 31(4): 255-271.
- Dakanalis, A. y Riva, G. (2013). Current considerations for eating and body-related disorders among men. En L.B. Sams y J. A. Keels (Eds.), *Handbook on body image: Gender differences, sociocultural influences and health implications* (pp. 195-216). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.

- De la Gándara-Martín, J.J. y Álvarez-Monteserín, M. T. (2004). *Patologías emergentes en salud mental. ¿Modas, enfermedades o trastornos psicosociales?* Publicación de Memorias XXVI Congreso Nacional SEMERGEN. España (Supl.1).
- Del Bruto, B.A. (2000). *Relaciones virtuales o reales*. España: Paidós.
- Díez-Nicolás, J. y Morenos-Páez, M. (2015). *La soledad en España*. España: Fundación ONCE, Fundación AXA.
- 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 Drogadependencias*, 37(4): 435.
- Enciclopedia de Conceptos (2017). Concepto de salud (según la OMS). Recuperado de <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
- Fuchs, C. (2014). *Social Media: A Critical Introduction*. Londres: Sage.
- Garzón, A. y Caro, I. (2013). Evolution and future of health psychology. *Anales de Psicología*, 30(1): 1-8.
- Ghiso, A. M. y Ospina, O. V. (2010). Naturalización de la intimidación entre escolares: un modo de construir lo social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(1): 535-556.
- Gómez del Castillo, S. M. (2007). Videojuegos y transmisión de valores. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46(6): 1-10.
- González, B. y Rego, E. (2006) *Problemas emergentes en la salud mental de la juventud*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Madrid: Editorial Instituto de la Juventud.
- Gubern, R. (2000). *El eros electrónico*. España: Taurus.
- Gwinnell, E. (1999). *El amor en internet*. España: Paidós.
- Hamilton, K., Marques, M. M. y Johnson, B. T. (2017). Advanced analytic and statistical methods in health psychology. *Health Psychology*.
- Hernández, J. A. y Finol, J. E. (2011). La naturalización de la violencia: una microsociología mediática frente al déficit del discurso político. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 16(55): 89-108.
- Jiménez-Bautista, F. (2012). Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad. *Convergencia*, 19(58): 1405-1435.
- Kristinsdóttir, R. S. (2015). Cultura de violencia: Normalización de la violencia de género en Guatemala. En E. Domínguez y S. Castro (Eds.). *Memorias y movilizaciones de género en América Latina*, Serie Haina IX. Anales N E. School of Global Studies. Suecia: Universidad de Gotemburgo. Recuperado de https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/38420/1/gupea_2077_38420_1.pdf
- Lamus, C. D. (2012). Raza y etnia, sexo y género: El significado de la diferencia y el poder. *Reflexión Política*, 14(27). doi: <https://doi.org/10.29375/01240781.1619>
- Lévy, P. (1999). *¿Qué es lo virtual?* España: Paidós.
- Martínez, A., Cortés, E., Rizo, M. M. y Gil, V. F. (2015). Valoración de la dieta de usuarios de sala de musculación con dismorfia muscular (vigorexia). *Nutrición Hospitalaria*, 32: 324-329. doi: 10.3305/nh.2015.32.1.8922
- Martínez-Jerez, A. M. (2016). *Proyecto de vida en pareja en estudiantes varones universitarios solteros que han vivido violencia sexual*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2016/febrero/093803511/Index.html>
- Martínez, G. M., Robles, H. C., Utría, U. L. y Amar, A. J (2014). Legitimación de la violencia en la infancia: un abordaje desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner. *Psicología desde el Caribe*, 31(1): 133-160.
- Más de 121 mil muertos, el saldo de la narcoguerra de Calderón: Inegi (30 de julio de 2013). *Proceso*, 2132. Recuperado de <http://www.proceso.com.mx/348816/mas-de-121-mil-muertos-el-saldo-de-la-narcoguerra-de-calderon-inegi>

- Mestries, F. (2014). La crisis en México y las raíces de la violencia social. *El Cotidiano*, 187, 59-66.
- Momtaz, Y., Ibrahim, R., Hamid, T. y Yahaya, N. (2012). Sociodemographic predictors of elderly's psychological well-being in Malasya. *Aging & Mental Health*, 15(4): 437-445.
- Montero y López, M. y Sánchez-Sosa, J.J. (2001) La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. Mediagraphic. *Revista de Salud Mental*, 24(1): 19-27.
- Montero, M. (2008). *Introducción a la Psicología comunitaria: desarrollo de conceptos y procesos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Moreno, M. F. (2006). *Violencia colectiva, violencia política, violencia social, aproximaciones conceptuales*. Recuperado de <http://documentacion.aen.es/pdf/libros-aen/coleccionestudios/violencia-y-salud-mental/parte1-algunos-conceptos-sobre-la-violencia/019-aproximaciones-conceptuales.pdf>.
- Murray, S. B., Rieger, E., Karlov, L. y Touyz, S. W. (2013). An investigation of the transdiagnostic model of eating disorders in the context of muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 21(2): 160-164.
- O'carroll, R. E. (2014). Health psychology interventions. *British Journal of Health Psychology*, 19(2): 235-239.
- Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General de las Naciones Unidas (1999). *Declaración y Programa de Acción sobre una Cultura de Paz*. Quincuagésimo tercer periodo de sesiones Resoluciones Aprobadas por la Asamblea General. Recuperado de <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/53/243>
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Emerging and reemerging infections disease*. Geneve: OMS, (Fact Sheet No. 97).
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: Autor. Recuperado de http://www.paho.org/spanish/am/pub/violencia_2003.htm
- Organización Panamericana de la Salud (1995). *PAHO regional plan for emerging diseases*. Washington: OPS.
- Ovalle, L. P. (2010). Imágenes abyectas e invisibilidad de las víctimas. Narrativas visuales de la violencia en México. *El Cotidiano*, 164, 103-115.
- Paz, O. (1993). *La llama doble: amor y erotismo*. España: Seix Barral.
- Pratt, B. y Hyder, A. A. (2016). Governance of Transnational Global Health Research Consortia and Health Equity. *American Journal of Bioethical*, 16(10): 29-45. doi: 10.1080/15265161.2016.1214304.
- Polaino-Lorente, A. (2011). *Nuevas psicopatologías infantiles emergentes: ¿Educación o Psicoterapia?* Madrid: CEU Ediciones.
- Polaino-Lorente, A. (2013). *Algunos retos actuales de la Psicología Clínica*. Madrid: CEU Ediciones.
- Ponce de León, J. (2014). *Las redes sociales y los trastornos psicológicos producto de sus consecuencias*. Colombia: Facultad de Psicología. Universidad del Bosque.
- Pope Jr, H. G., Wood, R. I., Rogol, A., Nyberg, F., Bowers, L. y Bhasin, S. (2013). Adverse health consequences of performance-enhancing drugs: An Endocrine Society scientific statement. *Endocrine Reviews*, 35(3): 341-375.
- Poujol, G. G. (2016). Puntos de articulación entre violencia social, exclusión y violencia escolar *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, XLVI(2): 123-144.

- Quesada, M. (2000). Violencia mediática y reacción social. *Revista Latina de Comunicación Social*, 3(26): 39-48.
- Quinodoz, J. (2013). *La Soledad domesticada*. Argentina: Amorrortu.
- Ramírez, P. J. (2012). Huellas musicales de la violencia: el “movimiento alterado” en México. *Sociológica*, 27(77): 181-234.
- Ramírez, R. L. (2016). Facultades cerebrales superiores alteradas por el uso inadecuado de internet. *Archivos de Medicina*, 14(1),150-162. Recuperado de <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/168/383>
- Ramos, P. M. (2006). *Masculinidades y violencia conyugal: experiencias de vida de hombres de sectores populares de Lima y Cusco*. Lima, Perú: FASPA/UPCH.
- Reguillo, R. (1996). Ensayo(s) sobre la(s) violencia(s): breve agenda para la discusión. *Signo y Pensamiento*, 29(XV): 23-30.
- Salvo, L. y Castro, A. (2013) Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Revista Médica de Chile*, 141: 428-434.
- Sánchez, A. (2001). *La era de los efectos en Internet*. México: Océano.
- Sánchez-Gracia, G. (2010) *La dependencia emocional. Causas, trastornos, tratamiento*. España: Escuela Española de Desarrollo Transpersonal (EDT).
- Secretaría de Gobernación. Secretariado ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (2017). Informe de víctimas de homicidio, secuestro y extorsión. Recuperado de http://secretariadoejecutivo.gob.mx/docs/pdfs/victimas/Victimas2017_072017.pdf
- Simmel, G. (2002). *Cuestiones Fundamentales de Sociología*. Barcelona: Gedisa.
- Spekte, S. E. y Wiss, D. A. (2014). Muscle dysmorphia: Where body image obsession, compulsive exercise, disordered eating, and substance abuse intersect in susceptible males. En T. D., Brewerton y A. B., Dennis (Eds.), *Eating disorders, addictions and substance use disorders: Research, clinical and treatment perspectives* (pp. 439-457). Nueva York, Nueva J: Springer.
- Tarazona, L. R. (2013). *Variables psicológicas asociadas al uso de facebook : autoestima y narcisismo en universitarios*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4619>
- Tobar, C. (2013). Patrones de violencia estructural y personal en el Perú. “Nueva crónica y buen gobierno” (1615) de Felipe Guamán Poma de Ayala y Montacerdos (1981) de Cronwell Jara. *Revista de Literatura Hispánica*, 77/78, 403-418
- Tod, D. y Edwards, C. (2015). A meta-analysis of the drive for muscularity’s relationships with exercise behaviour, disordered eating, supplement consumption, and exercise dependence. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 8(1). doi: 10.1080/1750984X.2015.1052089.
- Tod, D., Edwards, C. y Cranswick, I. (2016). Muscle dysmorphia: Current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 9: 179-188.
- Torres, I., Beltrán, F., Saldivar, H., Lin, D., Barrientos, M. y Monje, D. (2012). La soledad, ¿un mal de nuestro tiempo? *Revista Medicina, Salud y Sociedad*, 3 (1): 1-25.
- Trilla A. (2016). La comunicació en les crisis de salut pública. *Revista Enfermeria Emergente*, 15(3): 126.
- Turkle, S. (2012). *Alone Together. Why we expect more from technology and less from each other*. Nueva York: Basic Books.
- Turkle, S. (2015). *Reclaiming Conversation. The Power of Talk in a Digital Age*. Nueva York: Penguin Press.
- Twenge, J. (2009). *Epidemia narcisista*. USA: Amazon.

- Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Revista Terapia Psicológica*, 30 (1): 61-71.
- Wellman, B. y Boase, J. (2005). *Relaciones Personales en el Internet*. Inglaterra: Cambridge University.
- Wieviorka, M. (1988). *Sociétés et terrorisme*. Francia: Faya.
- Wolton, D. (2000). *Internet ¿y después?* España: Gedisa.
- Yadollah Abolfathi, M., Tengku Aizan, H., Suraya, Y., Rahimah, I., Sen Tyng, Ch., Nurizan Y. et al. (2012). *Aging Health*, 24: 696-710.





3

CAPÍTULO

Virtualidad e investigación: una experiencia en el uso de herramientas tecnológicas para la difusión de resultados de nóveles investigadores

Alejandra Castillo Peña
Jesús Adriana Sánchez Martínez
Juan Martín Sánchez Bautista
María Teresa Santiesteban Contreras
Silvia del Carmen Miramontes Zapata

La universidad y el desafío de formar investigadores

El mundo en el que vivimos requiere profesionistas cada vez mejor preparados para enfrentarse a la ola de cambios que aparecen todos los días. A decir de Calderón et al. (2014), el desarrollo de un campo disciplinar está fuertemente relacionado con la capacidad de generación de conocimiento de su comunidad académica. Góngora (2002) y Calderón et al. (2014) conceden a la universidad como la principal institución encargada de esta misión: generar conocimiento y conciencia social; esto es, formar en las personas una actitud crítica, reflexiva, personas autónomas, sensibles, solidarias hacia los menos favorecidos y con alta responsabilidad social (Ochoa-Vigo, Bello, Villanueva, Ruiz-Garay y Manrique, 2016). Diversos autores (Acón-Hernández, Fonseca-Artavia, Artavia-Chávez, Galán-Rodas, 2015; Calderón et al, 2014; Criollo, Romero y Fontaines-Ruiz, 2017; Ochoa-Vigo, Bello, Villanueva, Ruiz-Garay y Manrique, 2016) coinciden en que esto solo puede conseguirse a partir de la realización de investigación científica.

Por consiguiente, la investigación no solo resulta ser una tarea universitaria obligatoria para la obtención de nuevos conocimientos, sino que es un valioso instrumento para la formación de profesionales de alto nivel académico. Entendemos investigación como la función académica que se realiza por medio de un proceso sistemático y riguroso, mediante el cual se crea ciencia, se obtienen nuevos conocimientos y se desarrollan o adoptan nuevas tecnologías (Díaz, Manrique, Galán y Apolaya, 2008). Asumiendo la definición de Acón-Hernández, Fonseca-Artavia, Artavia-Chávez y Galán-Rodas (2015), definimos la investigación científica “como un proceso intencional de construcción de nuevos conocimientos que permite interpretar los fenómenos del medio, en interacción con sujetos que también se transforman en beneficio de la sociedad “[...] estrechamente ligada al avance de la ciencia” (pp. 217-218). A diferencia de cualquier otro tipo de investigación, la investigación científica, a decir de Kerlinger y Lee (2001), debe ser sistemática, controlada, empírica, pública, amoral, crítica, hecha sobre fenómenos naturales y basada en la teoría.

La investigación escolar, como estrategia de enseñanza y aprendizaje, puede considerarse, igualmente, un clásico de obligatoria referencia en la mayoría de los documentos que han pretendido “reformular” el sistema educativo (Pozuelos, 2007, p. 20). Por lo tanto, la formación universitaria, exige la capacitación de sus estudiantes en la investigación, ya que esto los empoderará como profesionales “para describir, explicar y aplicar soluciones vinculadas a las demandas del contexto y a la naturaleza de la disciplina” (Criollo, Romero y Fontaines-Ruiz, 2017), motivo por el cual, es común notar que la formación en investigación está presente en los currículos de las diferentes carreras en diversas universidades del mundo. De hecho, existen modelos curriculares en los que se encuentra declarada como componente transversal, en aras de hacer más competitiva la carrera y el perfil de los egresados (Falla, 2012; Piñero, Rondón y Piña, 2007, citados en Criollo, Romero y Fontaines-Ruiz, 2017).

En consecuencia, el docente universitario tiene en la investigación una forma eficaz de aportar al estudiante contenidos que eleven el nivel académico, pues permite al profesor reflexionar sobre sus inquietudes intelectuales y científicas en la medida en que investiga y traspasa parte de esas inquietudes y conocimientos a un auditorio preparado; de esta manera logra acercar al estudiante a la realidad y extraer conocimientos de ella (Vélez y Dávila, 1984, p. 49).

Más aún, la investigación, la docencia y la extensión forman parte de las actividades sustantivas que realizamos los docentes investigadores universitarios dentro de las instituciones en las que

diariamente laboramos (Aldana, 2012), motivo por el cual, la tarea de la formación de los estudiantes de todos los niveles de nuestras instituciones superiores en este rubro, recae sobre nosotros, sus profesores.

Esta última idea es apoyada por Bascó, Barbón, Solís, Poalasin, y Pailiacho (2017), quienes señalan que el éxito de la tarea de capacitación de los universitarios de pre y posgrado en investigación, así como de su motivación a realizar esta tarea, cae en:

una buena preparación o capacitación de los docentes y en una adecuada motivación, promoción y acompañamiento a los estudiantes con procesos de tutoría efectiva, en el espacio concebido para la realización de dicha actividad, que tiene rasgos que favorecen una práctica docente orientadora, que guíe la preparación de los estudiantes a partir de la realización de tareas estratégicas, para la apropiación de los conocimientos, habilidades, hábitos y valores que han de caracterizar su desempeño investigativo (p. 155).

Esta idea coincide con Riso (2011), quien señala que se requiere una alta dosis de entusiasmo, y hasta pasión, por parte del docente y que el estudiante solo aprenderá a investigar investigando, pero siendo conscientes de la necesidad de la inmersión de un marco teórico completo.

Puede decirse, entonces, que la actitud crítica del docente produce mentes inquietas e insatisfechas; y esta es precisamente la primera piedra de cualquier esquema investigativo. Se necesita una docencia que haga surgir estas preguntas: ¿Qué? ¿Por qué? ¿Para qué? ¿Para quién? Que produzca unas mentes receptivas, pero no condicionadas ni domesticadas. Cuando la universidad cuente con este esquema no solo producirá gente ávida de saber, sino que los docentes necesariamente poseerán la actitud necesaria para la investigación (Vélez y Dávila, 1984, p. 49).

Sin embargo, resulta obvio suponer que el éxito de esta tarea no se limita solo al desempeño del docente o a su basta o poca experiencia en materia de investigación, sino que está mediada por algunos factores asociados con los estudiantes. Por ejemplo, Criollo, Romero y Fontaines-Ruiz (2017) encontraron que las ideas de autoeficacia para el aprendizaje sobre investigación que tienen los estudiantes interactúan con sus concepciones respecto a la investigación y, a su vez, este podría predecir el éxito o abandono de esta tarea. En este mismo orden de ideas, Ochoa-Vigo et al. (2016), encontraron que existe una relación muy significativa entre la forma y en que los estudiantes percibían la investigación y la actitud que estos tienen hacia su formación en investigación. El área en la que se encontró una actitud desfavorable de 30% de la población fue la enseñanza teórico-práctica.

Esto es, sin lugar a dudas, uno de los grandes retos que como formadores de la psicología debemos afrontar: impulsar los procesos de autoconfianza e interés por aprender a investigar, para que su práctica deje de convertirse en una asignatura y pase a ser un eje transversal en la cotidianidad de los estudiantes. Si bien es cierto, el objetivo de la formación en el pregrado no es formar investigadores, conseguir este objetivo podría potenciar a los estudiantes y futuros psicólogos en el desempeño de una práctica psicológica más adecuada en la sociedad de cambio en la que vivimos hoy en día, y podría acercarlos a continuar su educación dentro del posgrado. Más aún, la formación como investigadores en el pregrado favorece la adquisición de pensamiento crítico y la adquisición de competencias en investigación tales como la comprensión de textos, la capacidad de problematizar situaciones, la escritura de textos académicos, reflexión sobre la realidad, la habilidad de abordar problemas reales con conocimiento académico y científico, así como el desarrollo de una actitud y una cultura científica (Aldana, 2012).

En este orden de ideas, el objetivo central del presente manuscrito es relatar una actividad en la que se compartieron las experiencias de formación en investigación de varias universidades pertenecientes al CUMex. En primer lugar, exponemos la necesidad de fomentar la cultura de la investigación científica en los estudiantes de psicología como competencia necesaria para su posterior desempeño profesional; en segundo lugar, hablamos sobre el uso de las TIC como herramientas de comunicación y difusión de conocimientos científicos dentro de las universidades; en tercer lugar, describimos la experiencia en la que difundimos resultados de investigación de nuestros estudiantes a través de un enlace virtual y, finalmente, evaluamos dicha experiencia y planteamos nuestras conclusiones al respecto.

Dos competencias fundamentales en la formación del psicólogo educativo: pensar como investigador y el uso de las TIC

Las condiciones económicas, ambientales y sociales actuales hacen que se demande cada vez más un sentido de responsabilidad social en los profesionistas. El psicólogo no es la excepción. Este es considerado por Moris (2009) como un actor fundamental que puede promover la transformación social.

De igual manera, se demanda a las instituciones formadoras de psicólogos una educación que vaya más allá de la transmisión de conocimiento y apunte a una educación completa que le permita hacer frente a las exigencias cada vez más demandantes de la sociedad (Sanz de Acevedo, 2010). Por ello, es necesario un cambio de paradigma en las maneras de enseñar de las instituciones educativas encargadas de formar psicólogos, garantizando una relación más estrecha entre la enseñanza de la psicología y las necesidades sociales actuales (Zarzosa, 2015).

Para lograr un propósito tan ambicioso es necesario que durante la educación universitaria se desarrolle en los estudiantes de psicología una serie de competencias que enfatizan en la aplicación de conocimientos y procedimientos en situaciones reales, nos referimos, en este caso, a la capacidad de operar como investigador y al uso de las TIC como herramientas de comunicación y difusión de ideas.

Respecto a la primera de ellas, consideramos que el psicólogo tiene que ser un profesional capaz de, entre muchas otras cosas, establecer metas u objetivos claros; interpretar, analizar, evaluar y generar información; sacar conclusiones a partir de la información obtenida; tomar decisiones y solucionar problemas (Sanz de Acevedo, 2010). Es aquí donde la investigación cobra relevancia como un medio para formar competencias en los estudiantes de psicología.

Por tanto, resulta apremiante desarrollar en los futuros profesionistas un pensamiento científico que haga que enfrenten las situaciones cotidianas de su profesión de forma sistemática y seria, más aún en una carrera como la de psicología. Esto último sobre todo tomando en cuenta lo señalado por Zarzosa (2015), acerca una de las concepciones populares que se tienen del psicólogo, la de ser un experto en asuntos ocultos, esotéricos e inaccesibles de la mente. Esta percepción no es ajena a los estudiantes de psicología, el mismo autor encuentra en encuestas aplicadas a estudiantes de dicha carrera que 80% de ellos está de acuerdo en que el conocimiento de temáticas de corte esotérico, o muy dudoso rigor científico, los haría mejores psicólogos.

Sin embargo, es preciso que el psicólogo piense más allá del sentido común, seleccione, analice y genere información de forma objetiva, sistemática, racional y fiable; todas estas características propias del pensamiento científico (Sabino, 1976).

Cabe resaltar el hecho de que la idea de fomentar el desarrollo de habilidades en investigación en los estudiantes de psicología de pregrado (IES) no es un tema novedoso en sí mismo, pero sigue siendo un tema vigente. Basta con mirar la lista de títulos de distintas editoriales para tener prueba de ellos: se siguen publicando textos y manuales en torno a este tema anualmente.

Puede notarse que una preocupación en materia de formación de investigadores radica en dos puntos centrales en general: la manera en la que dicha enseñanza es transmitida a los nuevos aprendices y la forma en la que los resultados de sus trabajos de investigación han de ser divulgados para que este favorezca su formación como investigadores tanto en términos conceptuales como actitudinales (Lacchini, Quiroga Branda y Vestfrid, 2014). De acuerdo con Moreno (2005) la formación en investigación es un proceso de amplio espectro que implica a diversos actores cuya función es activa. Dicha formación implica el desarrollo de una serie de habilidades de diversa índole (perceptivas, metodológicas, instrumentales, conceptuales, sociales y metacognitivas). Dentro de las llamadas instrumentales se encuentra, entre otras, la habilidad de dominar el lenguaje de la ciencia y comunicar sus resultados. Morales, Rincón y Romero (2005) señalan que una de las dificultades que encuentran los estudiantes universitarios en sus trabajos de investigación realizados dentro de sus instituciones educativas, y que con frecuencia los conducen al abandono de sus trabajos de grado o reportes de investigación, es la falta de habilidades recursivas que les permita el desarrollo de un manuscrito con carácter científico. En este mismo orden de ideas, Zarzosa (2015) indica que uno de los componentes esenciales para cualquier aprendizaje es la competencia lingüística, la mayoría de conocimientos son adquiridos y transmitidos por el lenguaje. Lamentablemente, el mismo autor nos señala cómo en evaluaciones de las competencias lingüísticas de alumnos universitarios los resultados no son alentadores, lo que amplía aún más el reto de completar la tarea de formar estudiantes con habilidades en investigación.

Es decir, si el proceso de investigar es formativo para el estudiante, la puesta en común de sus hallazgos en un producto escrito es de importancia toral pues “los géneros que se escriben en la universidad dan cuenta de los diferentes sistemas de actividad que caracterizan el quehacer de las comunidades que integran el contexto universitario ya que [...] cada sistema está constituido por género y sentido de significado” (Camps y Castello, 2013, p. 24).

Más aún, de acuerdo con Camps y Castello (2013) el sentido y el significado de la producción escrita radican en la posibilidad de difundir el conocimiento disciplinar, por ejemplo, artículos en revistas profesionales, o científico, como artículos de investigación y ayudar a resolver problemas habituales del quehacer profesional. Y a partir de esto, entonces, el sistema de actividad de comunidad profesional produce géneros académicos como: reseña, artículo, monografía, póster o cartel, tesis, ensayo, entre otros (Moyano, 2001).

En resumen, como se ha señalado en líneas anteriores, la formación de los estudiantes de psicología en investigación tiene un peso importante dentro de las actividades que se realizan como parte de la formación universitaria ya que les proporciona herramientas útiles para su vida profesional. Como señala Aldana (2012) si bien, el objetivo fundamental del pregrado no es formar investigadores, “sí le corresponde formar profesionales con actitudes positivas hacia la investigación, de manera que se conviertan en sus usuarios y la adopten como una

forma habitual de afrontar problemas cotidianos [...], con lo cual se dotaría a los profesionales de herramientas para ir más allá de lo previsto e ingeniar mejores maneras de hacer las cosas” (p. 313).

En consecuencia, se puede y se debe hacer investigación en nuestras universidades, en niveles diversos, centrados en la realidad, sin menospreciar lo que hacen los otros, en especial, los psicólogos en formación. Asimismo, la docencia tiene que estar articulada a la investigación, a través de un enfoque metodológico que produzca mentes críticas, ávidas de saber (Vélez, y Dávila, 1984, p. 54).

Aunado a todo lo anterior, otro gran reto al que se enfrentan las universidades en materia de formación de futuros psicólogos es el uso de la tecnología. Trasi (2011) señala que el futuro ya está aquí y es digital, por lo que ya no hay escapatoria de este en el ámbito educativo. Así lo dice en su documental sobre la Sociedad del Conocimiento, donde muestra que el desarrollo de la computadora y su traslado del sector militar a los civiles ha posibilitado que gran parte de los elementos de nuestra vida analógica se transforme en unos y ceros, es decir, se digitalicen, y con esto la posibilidad de producir y transferir grandes cantidades de información en tiempo real, que al ser interpretada se transforma en conocimiento, mismo que es ahora el recurso clave que organiza la sociedad.

Cabe recordar que hace apenas algunos años, en el ámbito educativo, se hablaba de las nuevas tecnologías para ubicar a todo ese grupo de herramientas tecnológicas y ahora digitales para la gestión, procesamiento, interpretación, almacenamiento, evaluación y presentación de la información, del que en un principio no se conocía su impacto y mucho menos su función. Ahora simplemente se denominan Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), eliminando el adjetivo de *nuevas*, puesto que ya no son algo que recién ha arribado sino que se han instalado completamente en los diversos contextos: social, familiar, laboral y escolar, transformando así los roles, prácticas, funciones y acciones de quienes habitamos este mundo global. Las TIC hacen referencia a una gama amplia de servicios, aplicaciones, teorías, técnicas, instrumentos, procedimientos, etc., que utilizan diversos tipos de equipos y de programas informáticos, y que a menudo se transmiten a través de las redes de telecomunicaciones. La importancia de las TIC no es la tecnología en sí, sino el hecho de que permita el acceso al conocimiento, la información y las comunicaciones.

Las universidades entre todos los niveles educativos han tenido diferentes funciones en torno al uso de las TIC. Al igual que todos, se han visto en la necesidad de adoptarlas, entenderlas e implementarlas dentro de sus propios procesos académicos; por otro lado, han tenido que investigar el impacto que genera su implementación en todos los contextos, incluido el escolar en todos sus niveles; estudiar sus ventajas y desventajas; diseñar las mejores prácticas que posibiliten alcanzar y enriquecer los objetivos de aprendizaje; al mismo tiempo que diseñar los dispositivos tecnológicos específicos para cada contexto educativo. Este esfuerzo múltiple ha requerido que la misma universidad se transforme con las tecnologías y transforme a las tecnologías, para que se adapten a los fines educativos. Dichas tecnologías han llegado con fuerza y cabe destacar que en un principio generaron un debate de si era pertinente incluirlas o no dentro del aula, posteriormente, no era más una opción sino una necesidad, pues se habían convertido en la nueva realidad, dentro y fuera de dicho contexto. Es decir, el vertiginoso avance tecnológico de los últimos años nos ubica ante el reto de un escenario educativo distinto, donde es necesario dar lugar a nuevas posturas metodológicas y roles docentes novedosos, configurando un enfoque profesional docente centrado en el diseño y la gestión de actividades y entornos de aprendizaje, en la investigación, en la creación y prescripción de recursos, en la orientación y asesoría, así como en los procesos de evaluación formativa de los estudiantes.

Este cambio no ha sido sencillo, ya que por muchos años las universidades estaban acostumbradas a tener roles definidos, a que el docente desde siempre se había considerado la única fuente del saber, que la educación se daba solo dentro del espacio escolar, y a que los alumnos debían creer lo que el maestro enseñaba como única fuente de verdad; de un momento a otro el alumno se encontró con buscadores tan potentes como el Google, donde puede comprobar si lo que el docente ha dicho es real o no y cuestionarlo.

Ugas (2003) incluso considera que la integración de las TIC al proceso de enseñanza-aprendizaje ha desestabilizado el currículo, antes centrado en contenidos permanentes e irrefutables, y ahora sometidos a constante corroboración. La idea de contenido se diluye ante la oleada de información, genera sujetos educados que transitan conocimientos rápidamente sustituibles, lo que implica que se requiere una reforma y una diversidad escolar en la que el docente no puede ser un actor pasivo (en Castro, Guzmán y Casado, 2007, p. 217).

Más aún, el uso de estas herramientas digitales permite a los estudiantes aprender en todo momento transgrediendo los límites del aula. A esto, Cobo y Moravec (2011) lo denominan aprendizaje invisible. Dicho aprendizaje posibilita, a su vez, que el “alumno” se especialice en temas de su interés sin la necesidad exclusiva de su maestro escolar, y que en muchos casos sepa más que él sobre determinado tópico; en otras palabras, no solo el contexto ha cambiado, también los alumnos lo han hecho y la escuela no puede más que asumir dichos cambios y repensar sus prácticas educativas, incluyendo tecnologías para educar a estos nuevos estudiantes.

Para Prensky (2001, citado en Gisbert y Esteve, 2011) los actuales estudiantes universitarios, son una generación que creció con esta tecnología. El resultado de dicha interacción es que ellos no piensan ni procesan la información de la misma manera que la generación de estudiantes previa, porque sus patrones de pensamiento han cambiado. Prensky (2001) denomina a estos “nuevos” estudiantes *nativos digitales*. Utiliza este término al comparar la tecnología, como un nuevo lenguaje. En este sentido, los considera hablantes nativos de un lenguaje digital. Al resto de las generaciones lo define como *inmigrantes digitales*; es decir, personas que, aunque puedan adaptarse y aprender a usar estas tecnologías, no dejan de ser inmigrantes en un mundo digital. Siguiendo la analogía del lenguaje, es como si estos mantuvieran su “acento” que les diferencia de los nativos.

Que los alumnos sean nativos y los maestros inmigrantes digitales (Prensky, 2001) genera una importante brecha generacional, lo que trae consigo fuertes implicaciones educativas que de una u otra manera se requiere sortear.

Los nativos han nacido y crecido con la tecnología digital y entre otras características reciben la información de manera rápida, les gusta la multitarea (*multitasking*), prefieren imágenes a texto, buscan el acceso aleatorio a la información, trabajan en red, demandan satisfacción inmediata y comparten todo tipo de información mediante su teléfono digital. Por otro lado, los estudiantes de hoy ya no son las mismas personas para las que fue diseñado nuestro sistema de formación superior, mientras que los maestros, en su mayoría inmigrantes digitales, se encuentran luchando para enseñar a una población que habla un lenguaje completamente nuevo y distinto al suyo, tienen estructuras mentales más rígidas, ordenadas paso a paso, prefieren los textos, funcionan con una tarea a la vez, son más analíticos y han tenido que aprender con el tiempo a utilizar la tecnología, por lo que no les es tan familiar como a los nativos, ni su funcionamiento tan fácil aprender, por lo que nos encontramos ante un importante problema.

Gisbert y Esteve (2011) señalan la necesidad de los docentes de hacer dos cambios importantes en relación con su desempeño como formadores: un cambio metodológico y otro en el contenido.

En relación con el cambio metodológico, estos autores manifiestan que “los docentes deben aprender a comunicarse con el lenguaje y con el estilo de sus estudiantes, teniendo en cuenta las características de los nuevos aprendices, y desarrollando lo que él llama “metodologías nativas”, próximas a esta generación (p. 50); esto es, los docentes deben hacer cambios en la forma de enseñar utilizando las tecnologías que tengan a su alcance, de tal suerte que se acerquen a la manera en la que los aprendices se comunican.

En palabras de Vera-Rehach (2017) a nivel social, el uso de la tecnología ha generado una mutación irreversible que se proyecta dentro del ámbito escolar, pues las tecnologías han llevado a la sociedad a pasar de un entorno oral, donde los conocimientos y la información se transmitía de boca en boca, a un entorno escrito gracias al descubrimiento de la imprenta y la posibilidad de reproducir los discursos o saberes y distribuirlos a gran escala a un entorno digital, donde la información prácticamente no tiene fronteras, pues se distribuye de manera global por medios digitales de forma casi inmediata. En este nuevo entorno, los alumnos tienen tantas vías de información que ya no creen todo lo que la televisión, la radio o el profesor les dicen y pueden cuestionar y constatar o ampliar en todo momento la información recibida, como se señaló en líneas anteriores.

En relación con el otro cambio que debe existir, el cambio en el contenido, Gisbert y Esteve (2011) recomiendan reconsiderar el alcance que tiene el “contenido legado” y repensar cuál debe ser incluido en el “contenido futuro”.

En consecuencia, más que una amenaza, los educadores precisan ver en la tecnología un aliado y desarrollar nuevas estrategias didácticas que incluyan su uso, para aprovechar todas sus potencialidades y poder actuar desde la diferencia, considerando a los alumnos en sus modos de ser y de aprender y ajustándose al uso y desarrollo tecnológico.

Si bien es cierto que las TIC también se han vuelto una moda, ya que una institución educativa se considera más o menos moderna, más o menos innovadora si incluye o no tecnología dentro de sus espacios, es importante resaltar que la tecnología por sí misma no hace la transformación, antes bien, es la manera en la que esta se utiliza, los fines a los que se destina y el tipo de tecnología que se usa; y esto en gran medida corresponde a los educadores, junto con los alumnos, decidir cómo y para qué utilizarla, en qué contexto y para qué fines. En palabras de Coll (2008), las TIC constituyen instrumentos psicológicos en el sentido vigotskyano, siempre y cuando su potencialidad semiótica sea utilizada para potenciar y regular la actividad y los procesos psicológicos de los actores educativos, en este sentido se convierten en instrumentos mediadores potentes, siempre y cuando los alumnos y profesores las usen para planificar, regular, orientar y ejecutar la actividad educativa dentro de los procesos interpsicológicos implicados en los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Modelo SAMR de Inclusión de Tecnologías Digitales para Educar Mejor

Cuando hemos decidido implementar tecnología dentro de los procesos educativos, es preciso que nos hagamos determinadas preguntas, con el objetivo de elegir la mejor manera de hacerlo, es decir, con qué nivel de implicación vamos a incluir dichas tecnologías, además de elegir la tecnología más adecuada para dicho nivel, y para nuestras posibilidades cognitivas y técnicas. Así que hacernos preguntas como, ¿qué alumnos se encuentran actualmente en las aulas?, ¿se requiere el uso de TIC dentro o fuera de las mismas?, ¿para qué se requieren tecnologías digitales dentro del aula?,

¿qué se les pide a los alumnos que hagan con las TIC? Responder a estos cuestionamientos ofrece un sin fin de posibilidades de uso, por lo que Puentedura (2009) ha elaborado el modelo SAMR de Inclusión de Tecnologías Digitales para Educar Mejor, que es un acrónimo que significa: Sustitución, Aumento, Modificación y Redefinición como se muestra en la figura 3.1. Estos cuatro niveles progresivos aumentan de manera gradual la cantidad y el nivel de implicación de las tecnologías en la realización de actividades de aprendizaje. A continuación, se define cada uno de estos niveles de integración:

1. *Sustitución*: en esta etapa, las TIC actúan como herramienta sustituta directa de algún acto de enseñanza-enseñanza, sin ningún cambio funcional.
2. *Aumento*: en esta segunda etapa, las TIC actúan como herramienta sustituta directa, pero con mejora funcional a la experiencia de aprendizaje.
3. *Modificación*: en esta tercera etapa, las TIC permiten rediseñar significativamente las actividades de aprendizaje.
4. *Redefinición*: en esta cuarta etapa las TIC permiten realizar nuevas actividades de aprendizaje que antes eran inconcebibles, mismas que solo se pueden hacer con las herramientas tecnológicas de aprendizaje actuales. En otras palabras, dichas actividades no se pueden realizar sin tecnología digital.

Como se observa en este modelo, no cabe duda que lo primero que se requiere es conocer las tecnologías, sus ventajas y desventajas, saber cuáles son las funciones que ofrecen para poder ajustarlas buscando conseguir los aprendizajes y objetivos educativos; Puentedura (2006) pretende, con este modelo, ayudar a los profesores a diseñar, desarrollar e integrar tecnologías en la educación de manera gradual, para alcanzar altos niveles de aprendizaje al transformar ambientes de aprendizaje tradicionales y aprovechar toda la potencialidad que dichas herramientas proporcionan. En este modelo, las primeras dos etapas ayudan a mejorar las actividades de aprendizaje utilizando de manera intencionada las TIC, mientras que las dos últimas etapas permiten transformar dichas actividades de aprendizaje.

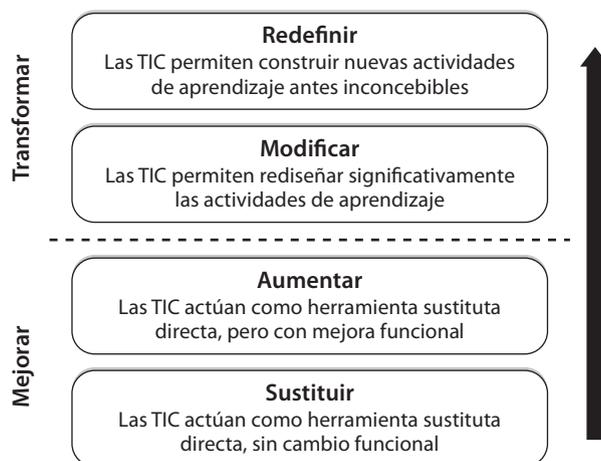


Figura 3.1 Modelo SAMR, extraído de Puentedura (2006).

Con la intención de que el modelo resulte más claro se darán ejemplos de cada uno de sus niveles. **Utilizar** el correo electrónico para el envío de los materiales a revisar en clase o de las tareas, o la revisión de Google Maps en lugar de atlas de papel son actividades que corresponden al primer nivel de **sustitución**. **Aumentar**, como segundo nivel implica que además de utilizar Google Maps, se puedan trazar rutas que muestren distancias y tiempos entre dos lugares geográficamente distantes, la posibilidad de presentar un examen dentro de las herramientas de Google que automáticamente ofrece la evaluación y la retroalimentación al alumno de sus resultados, o la utilización de herramientas como Kindle que no solo permite leer un texto en línea, sino además resaltar las ideas más importantes o agregar notas como se hace en un texto impreso. En el tercer nivel de **modificación** no solo se mejora, sino que se transforma la manera de aprender utilizando herramientas digitales, como realizar un recorrido virtual con el Street view de Google Maps o Google Earth, realizar grabaciones de audio podcast para exponer algún tema, o realizar un mapa mental o mapa conceptual utilizando herramientas como GoconQR o Cmaptools. En el último nivel de **redefinición** implica que los alumnos realicen nuevas actividades de aprendizaje antes inconcebibles sin la ayuda de las TIC, como editar un video o elaborar algún documental, realizar un trabajo en equipo de manera colaborativa con Google Drive en tiempo real, estando en lugares distantes, o tomar un curso de educación a distancia totalmente gratis en Coursera. Como dijimos anteriormente, en cada fase se va aumentando el nivel de implicación y las potencialidades de la tecnología para la realización de las distintas tareas de aprendizaje.

En esta experiencia llegamos al tercer nivel de modificación de la manera de aprender gracias al uso tecnológico, donde no solo mejoramos sino que transformamos la manera de aprender, pues hasta este momento en estas tres instituciones se hacían ya foros de presentación de proyectos de investigación, pero en las mismas solo participaba la comunidad universitaria (docentes y alumnos) correspondiente a cada contexto geográfico y la única manera de poder compartir, enriquecer y discutir con otros era mediante la organización de algún encuentro estudiantil, foro, congreso o simposio que, si bien son eventos muy enriquecedores, requieren un gran esfuerzo económico, logístico y administrativo pues implican mover a docentes y alumnos a otro estado para encontrarse y escucharse; en este caso no fue necesario gastar todos esos recursos, pues la tecnología permitió el encuentro a pesar de las distancias.

Selección de la tecnología más adecuada al propósito y objetivos de aprendizaje en cada situación

Una de las barreras más importantes que se requiere traspasar, sobre todo con los docentes, es el aprendizaje acerca de las características y usos de las distintas TIC para elegir entre la gran cantidad de herramientas tecnológicas de las que se dispone la que mejor se ajuste a los objetivos educativos y los aprendizajes que espera que sus alumnos alcancen, con el fin de incluirlas en sus planes didácticos. Esto último depende también de los recursos con los que él y los alumnos cuentan, tanto en lo personal como en lo institucional. Por ejemplo, podríamos imaginar una situación en la que se deja a los estudiantes una tarea que implique el uso de internet y estos no tienen en casa o no tienen acceso a ella, ni es un recurso con el que cuente la institución educativa (como sucede con las comunidades más alejadas de nuestro país). En un caso como el anterior, dicha tarea resultaría ser una actividad sin sentido o inalcanzable.

Es preciso resaltar que, una vez cubierta la problemática de acceso al hardware, existen diversas tecnologías utilizadas en la educación con diferentes fines. La mayoría de ellas son gratuitas, al menos en su versión más básica y es posible acceder a ellas desde cualquier computadora con internet, solo requieren suscripción. Y es que gracias a las potencialidades que proporciona la llamada WEB 2.0 al pasar de una red estática a una web dinámica donde los usuarios no solamente reciben información, sino que también aportan datos para poder intercambiarlos, enriquecerlos o criticarlos con la llamada interactividad, ha surgido una gran cantidad de herramientas tecnológicas con fines educativos, donde el aporte de todos ha construido un cerebro digital planetario (Cobo, 2007).

Divulgación de la investigación. Nace una propuesta desde la mesa de educativa de las Cátedras CUMex

Como se ha explicado en líneas anteriores, en nuestro papel de formadores de profesionales de la psicología, nos encontramos ante la presencia de dos grandes retos: en primer lugar, la necesidad de desarrollar habilidades en investigación con dos principales áreas de oportunidad: *pedagógicas*, de tal suerte que desarrolle al menos el gusto por hacer investigación; por el otro, desarrollar *estrategias que permitan divulgar* los resultados de los noveles investigadores para, entre otras cosas, coadyuvar a desarrollar competencias comunicativas. El segundo gran reto al que nos enfrentamos es el de incluir las TIC dentro de las aulas, lo que traería muchas ventajas, entre otras, mantener un lenguaje común con los aprendices, con todas las dificultades que se tiene: ellos son nativos digitales y nosotros inmigrantes. Ninguna de las dos problemáticas es nueva. Ambas han sido abordadas desde hace tiempo y se han hechos grandes avances en ambas. Sin embargo, aún quedan cosas por hacer, sobre todo en el primer reto descrito previamente, mismo en el que recae la presente experiencia.

Este fue tema de conversación durante algún tiempo de manera formal e informal dentro de las sesiones de la Mesa de Psicología Educativa durante la realización de la Cátedra CUMex. Encontramos que los participantes teníamos en común estrategias utilizadas en nuestros centros educativos, que además tenían ese doble propósito: acercar a los estudiantes al proceso de investigación y divulgar los resultados de sus investigaciones. Esta tarea, que se da en forma natural (y obligada) en niveles superiores como el posgrado, en el pregrado lleva un proceso diferente, a decir de las experiencias de quienes compartíamos esta discusión: con frecuencia los estudiantes conciben el proceso de investigación como algo sin importancia y las materias relacionadas con ello como espacios a rellenar huecos, sobre todo en aquellos centros en los que la investigación no forma parte de la cotidianidad, dada la cantidad de estudiantes, que es mucho mayor que en el posgrado, y sus intereses diversos y en ocasiones alejados de la investigación. Dentro de estas conversaciones coincidimos en que al interior de nuestras universidades se organizaban eventos internos que intentaban cubrir este objetivo.

A partir de esas discusiones se propuso realizar una actividad similar de la que se hacía al interior de nuestras universidades de manera conjunta y coordinada. Surgieron algunas propuestas, enfatizando la importancia de la divulgación de sus trabajos fuera de los límites de su propia universidad, abandonar su interior. Inicialmente se consideró la posibilidad de que los estudiantes se desplazaran físicamente a uno de los eventos que se organizaban en cada sede o que se enviaran los carteles, producto de los resultados de sus investigaciones. Se habló también de movilidad o de

intercambio estudiantil y algunas propuestas similares. Todas estas propuestas, pese a que eran interesantes, implicaban cierto grado de desplazamiento con todas las consecuencias que esto traía consigo: gastos económicos, tiempos de traslados y estancia y todas las repercusiones de ello, por lo que dichas propuestas no pudieron concretarse dada la inversión de recursos requeridos. Sin embargo, se vio como área de oportunidad el uso de herramientas tecnológicas y hacer una presentación a través de herramientas de videoconferencia. Fue así como surgió la propuesta de hacer un evento a distancia. Como se ha señalado, el uso de las TIC en la escuela puede proveer de situaciones comunicativas reales que obligan a los estudiantes a organizar su pensamiento y plantear sus ideas ante otros favoreciendo así sus competencias comunicativas.

De esta forma, el desarrollo del Primer Coloquio Interinstitucional en Psicología, producto de los trabajos la red de Psicología Educativa del Consorcio de Universidades de México, CUMex, se presenta como un nicho de oportunidad para favorecer la formación de los estudiantes de psicología de las universidades participantes al presentar trabajos producto de procesos de investigación y poner en juego competencias lingüísticas al comunicarlos a otros.

La elección de las herramientas utilizadas para tal fin, fue a través de la WEB 2.0, acceso con el que contaban nuestras instituciones, la cual ofrece la ventaja de permitir la interacción. Dicha actividad corresponde al tercer nivel de modificación dentro del modelo de Puentedura (2006).

Fue así que el 8 de marzo se llevó a cabo el Primer Coloquio Estudiantil Interinstitucional en Psicología 2017. En este evento participaron tres universidades pertenecientes a la Cátedra, dos de ellas al Consorcio, la Universidad Juárez del estado de Durango (UJED) y la Universidad Autónoma de Zacatecas campus Zacatecas, (UAZ), y una invitada, la Universidad Pedagógica Nacional, campus Ajusco (UPN Ajusco), esta última fungió como sede en el nodo enlace para realizar el evento. En cada sede, las autoras de este manuscrito fueron las encargadas de coordinar las actividades correspondientes. Fue así que dos estudiantes de cada universidad, que estuvieran o hubieran realizando un trabajo de investigación, hicieron una presentación de sus avances o resultados. Se contó además con la presencia en cada sede de estudiantes que participaron como interlocutores de los ponentes. El orden de la presentación de las exposiciones se organizó por universidades, en este sentido, primero participaron las estudiantes de la UAZ, con los trabajos de investigación titulados *Percepción de los servicios institucionales por estudiantes de nivel superior de la Universidad Autónoma de Zacatecas* y *Visión de los jóvenes universitarios de la ciencia y la investigación*. La segunda universidad que participó fue la UJED, con los trabajos titulados *Estrategias de afrontamiento frente a los exámenes en estudiantes de preparatoria* y *El Impacto del sistema de creencias y la experiencia de la fase terminal en el proceso de duelo del cuidador informal*. Finalmente fue el turno de la UPN Ajusco, con los trabajos *El uso de las TIC dentro de las aulas de la Licenciatura en Psicología Educativa de la UPN* y *Programa basado en la literatura infantil para prevenir el abuso sexual en preescolares*. Cada ponente contó con aproximadamente 20 minutos para hacer su presentación y 20 minutos de preguntas. Durante todo ese tiempo, tanto las estudiantes-ponentes como los asistentes se mostraron entusiasmados y tuvieron una participación activa y respetuosa durante todo el evento. Los estudiantes que participaron en el evento, obtuvieron constancia emitida por la institución sede de acuerdo al tipo de participación realizada: como asistentes o como ponentes.

Con la intención de ser congruentes con lo expuesto hasta ahora en el sentido de dar difusión a los trabajos de los estudiantes, brevemente se describirán los trabajos presentados en el coloquio, así como la experiencia de cada una de las universidades sede.

Diálogo de voces múltiples: la experiencia del Primer Coloquio Interinstitucional en Psicología 2017 en cada una de las universidades participantes

La experiencia de la UPN

Justo con el fin de formar psicólogos educativos con habilidades de pensamiento científico es que en la Licenciatura en Psicología de la Universidad Pedagógica Nacional se incluye una línea curricular denominada Línea metodológica, la cual está conformada por nueve cursos que a lo largo de la carrera pretenden formar psicólogos educativos como usuarios de información científica, capaces de buscar, analizar y seleccionar información veraz y actualizada y promover en ellos el desarrollo de un pensamiento científico, crítico y reflexivo que les permita a problematizar y reflexionar sobre su práctica profesional (Castillo, 2017). De esta manera, se da un seguimiento transversal a este eje de formación.

Con el propósito compartir los hallazgos de investigaciones realizadas en distintos campus universitarios se participó en el Primer. Coloquio Interinstitucional en Psicología 2017, evento en el que fue la sede principal. Por la Universidad Pedagógica Nacional participaron dos estudiantes de la licenciatura en Psicología Educativa que al momento del evento cursaban el octavo semestre de la carrera.

El primer trabajo fue presentado por Vianca Silvina Cervantes Ledezma y se tituló *El uso de las TIC dentro de las aulas de la licenciatura en Psicología Educativa de la UPN*. La alumna compartió su proyecto de investigación que aún no había sido desarrollado. Lo anterior no fue impedimento para que la actividad permitiera exponer el proceso de investigación documental que la llevó a establecer como objetivo: *Reconocer y analizar el uso de las TIC en las aulas de la licenciatura en Psicología Educativa de la UPN*.

De acuerdo con la UNESCO (2017), las TIC pueden contribuir al acceso universal a la educación, la igualdad de oportunidades, la mejora de la enseñanza, el aprendizaje de calidad, así como a la gestión, dirección y administración más eficientes del sistema educativo. Sin embargo, no se pueden garantizar dichos beneficios aun cuando estas sean incorporadas al aula. De acuerdo con Alberó, Morales y Molina (2011), la incorporación y el desarrollo de nueva tecnología no garantiza, por sí misma, un cambio en la forma de actuar, trabajar o pensar de los miembros de una sociedad; de igual forma no asegura un impacto en la enseñanza y el aprendizaje. De ahí el interés por indagar sobre los usos que se están dando a las TIC en el ámbito educativo.

La elección de la UPN como espacio de trabajo se justificó porque es una institución que ha dedicado muchos recursos en acondicionar sus instalaciones con tecnología (Castillo et al., 2011). Actualmente se cuenta con:

- Acceso a internet en todas las instalaciones.
- Cien espacios destinados a clases presenciales, todos ellos con cañones proyectores.
- Dos salas de videoconferencia con transmisión en cinco diferentes lugares a través del uso de ruteador.
- Una mediateca destinada a las actividades del aprendizaje de idiomas con equipos Mac, ubicados en un espacio aislado del ruido.
- Un salón electrónico con cañón, panel de control, pizarrón electrónico, internet, 17 equipos de cómputo Mac y paneles de división para convertir su uso en dos espacios.

- Cuatro salones de cómputo con capacidad de 20 a 30 usuarios.
- Diez salones electrónicos con pizarrón electrónico en funcionamiento.
- Cuatro salas de cómputo, cada una con 25 computadoras conectadas a internet.
- Una sala de teleconferencias.
- Servicios de cómputo que ofrece la biblioteca, la cual cuenta con 122 títulos de revistas de acceso en línea, 962 tesis digitalizadas que van de 2001 a la fecha y acceso a bases de datos especializadas en artículos arbitrados con textos completos.
- La mayoría de los docentes cuenta con su propio equipo de cómputo

Presentar en el coloquio una investigación aún no desarrollada permitió centrarse en una de las primeras fases del proceso de investigación que implica la construcción del proyecto mismo. Esto, a su vez, posibilitó la descripción del proceso que siguió durante la búsqueda de información y la toma de decisiones al plantear el trabajo. Así, una de las aportaciones de la presentación de este trabajo fue generar la idea de que la investigación no es una tarea exclusiva de los científicos; los estudiantes de psicología también pueden concebirse como investigadores en formación.

El segundo trabajo de la Universidad Pedagógica Nacional fue presentado por Tatiana Ivette Belmán Paz y se tituló *Programa basado en la literatura infantil para prevenir el abuso sexual en preescolares*. Este trabajo corresponde a una de las modalidades de titulación que existe en la licenciatura en Psicología Educativa llamada *Diseño de programa educativo*.

En dicha modalidad los estudiantes no desarrollan un proyecto de investigación empírica, sino que diseñan un programa de intervención. Fue considerado como modalidad de titulación por tres cuestiones: a) el perfil de egreso de la carrera plantea que el psicólogo educativo debe ser un profesional capacitado para realizar intervenciones, b) al diseñar una intervención se pone en marcha un proceso de investigación en el que debe haber rigor metodológico, y c) para plantear el programa se solicita al alumno realice un diagnóstico de necesidades que implica la toma de datos en el contexto al que va dirigido el programa.

El interés por diseñar un programa para prevenir el abuso sexual surge con base en la alarmante cantidad de incidencias de abuso sexual en menores en nuestro país. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) México se encuentra en el primer lugar, a nivel mundial, en materia de abuso sexual, violencia física y homicidio en menores de 14 años (Jiménez, Rivera, Damián y Venegas, 2015).

Según Jarquín (2003), el promedio de edad de los niños que sufren abuso sexual es de 5.7 años, por eso se tomó la decisión de que el programa estuviera dirigido a alumnos preescolares.

En cuanto al programa diseñado, este consta de 14 sesiones en las que se tratan temas como: el conocimiento de mi cuerpo, qué sensaciones me agradan y cuáles no, cómo decir no, qué debo permitir y qué no debo permitir en mi cuerpo.

Se decidió basar el programa en el uso de la literatura infantil porque de acuerdo con Tückler (1998) esta transmite diversión, patrones de conducta, moralejas, advertencias y formas de mirar el mundo. Así, la literatura infantil puede ser un medio por el cual, de forma lúdica, se promueva el análisis de temas complejos como el abuso sexual.

Presentar en el coloquio un trabajo que no es propiamente una investigación empírica pero que corresponde a una de las acciones que cotidianamente realizan los psicólogos durante su desempeño profesional, que es la intervención, permitió visualizar a la investigación como un proceso útil más allá de los laboratorios. En los diferentes trabajos que puede realizar el psicólogo se ponen en

marcha procesos de búsqueda y análisis de información que permiten tomar decisiones de forma objetiva, sistemática, racional y fiable. Todos estos aspectos se logran al llevar a cabo un proceso con rigor metodológico.

La experiencia en la Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana de la UJED

Por su parte, dentro de la oferta educativa de la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED) se encuentra la Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación. En ella, se encuentra el eje metodológico dentro del cual se forma a los estudiantes en investigación tanto cualitativa como cuantitativa con el fin de orientarlos hacia la realización de un trabajo recepcional (UJED, 2017).

El programa curricular de la licenciatura en Psicología de la UJED prevé que en la unidad de aprendizaje denominada: Integración profesional (Residencia I, II y III), el estudiante, una vez incluido en una experiencia profesional monitoreada por el docente investigador, desarrolle y/o ponga en práctica un proyecto que implique competencias en el pensamiento crítico, la interdisciplinariedad, la reconstrucción y la generación de conocimiento, el trabajo cooperativo, así como la creación de ambientes y el diseño de escenarios para el desarrollo humano en todas sus dimensiones, dentro y fuera de la universidad, con el propósito de abrir nuevas perspectivas de intervención psicológica. Todo esto apoyado con herramientas propuestas por las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Ahora bien, una vez concluido el proceso de integración profesional con sus tres residencias y con un producto de investigación universitario que brinda la oportunidad de obtener el grado o bien iniciarse en el campo científico, los estudiantes son interrogados acerca de los aprendizajes logrados en varios rubros, y se integran a continuación las respuestas sobre los beneficios de las TIC en el proceso de enseñanza-aprendizaje, investigación e intervención concluido:

- Las aulas virtuales y el acceso a software especializado para captura de resultados permite mayor capacidad para procesar una gran cantidad de datos tanto numéricos como alfabéticos.
- Hay una reducción del tiempo dedicado a las tareas mecánicas de ordenación y almacenamiento de la información.
- Hay acceso a bases de datos, bibliotecas digitales, documentos diversos de manera fácil y económica.
- Se tiene una información puntual sobre los eventos científicos a nivel global.
- Se desarrolla la capacidad para comunicar los avances científicos con mayor rapidez.
- Hay comunicación constante con investigadores locales, nacionales e internacionales.
- Se da una mayor coordinación en las tareas que facilitan el trabajo colaborativo.
- Se tiene información actual sobre la definición de términos teóricos o científicos que garanticen una comunicación efectiva.

Dentro del marco del Primer Coloquio Interinstitucional en Psicología 2017 en modalidad de videoconferencia, como producto del proceso de la experiencia profesional lograda en el campo de intervención, se incluyeron dos trabajos de investigación que posteriormente se presentaron en modalidad de tesis para la obtención del grado.

El primer trabajo presentado se tituló: *Estrategias de afrontamiento frente a los exámenes en estudiantes de preparatoria*. Se trató de un estudio descriptivo, no experimental y transversal, de enfoque cuantitativo

Como parte de los hallazgos de investigación más importantes se tiene que los estudiantes tienen un estilo denominado “afrontamiento de evitación”, que involucra evadir el problema no prestando atención a él o distrayéndose con otras actividades o conductas (Veloso, Caqueo, Muñoz Villegas, 2010, pp. 24-25). En relación con el género se encontró que: las adolescentes contaban con un mayor repertorio de estrategias de afrontamiento, aunque parecían ser menos habilidosas para afrontar situaciones problemáticas en comparación con los varones (Seoane, Molina y Valero, 2011, p. 158). Por último, de acuerdo con la edad de los estudiantes no se encontraron diferencias significativas y las estrategias utilizadas para afrontar el estrés frente a los exámenes incluyen: esforzarse y tener éxito (67%), invertir en amigos íntimos (67%), buscar diversiones relajantes (63%), distracción física (60%), concentrarse en resolver el problema (60%), preocuparse (59%), hacerse ilusiones (52 por ciento).

El segundo trabajo propuesto en el coloquio se tituló *Impacto del sistema de creencias y la experiencia de la fase terminal en el proceso de duelo del cuidador informal*. Este fue un estudio de caso, con diseño descriptivo, transversal y no experimental de corte cualitativo, con uso de instrumentos y técnicas etnográficas y fenomenológicas, cuyo objetivo general fue identificar el sistema de creencias del cuidador informal y observar cómo dicha construcción influye en su actuación durante la fase terminal del enfermo, así como en el proceso de duelo por su muerte.

Los resultados encontrados fueron:

- a) El sistema de creencias determina el comportamiento del ser humano (Seoane y Garzón, 1996) y permanece estable durante el proceso de duelo analizado.
- b) El sistema de creencias se construye con base en experiencias de vida, es decir, con el intercambio de pensamientos altamente culturizados dentro de sus círculos sociales y con la indagación independiente o deseo de responder cuestiones existenciales.
- c) Los procesos de duelo transforman el estilo de vida del individuo (Bowlby, 1999, y Kaplan, 1999). Sin embargo, la experiencia de la fase terminal facilita y determina la aceptación de la futura pérdida y la adaptación en el siguiente duelo.
- d) Existe una postura de negación y evasión cultural, y otras resistencias humanas frente a las ideas de muerte o sobrevaloración de la vida.
- e) Existe un distanciamiento afectivo y físico del sistema familiar durante el duelo anticipado que se intensifica en el proceso de duelo por muerte.
- f) Los elementos para la elección del rol de cuidador tienen que ver con: 1. Un fuerte vínculo afectivo, 2. Compromiso emocional y moral, y 3. Presión social y familiar por cuestiones de género, edad, estado civil y descendencia.
- g) Una construcción sobre la muerte que se relaciona con una actitud de aceptación neutral propicia un afrontamiento adecuado y un buen pronóstico en el duelo anticipado y duelo por muerte.

La experiencia de la UAZ

En el caso de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), al igual que en otras universidades, se lleva un eje transversal metodológico a lo largo de la licenciatura en Psicología, que permite a los estudiantes tener acceso a la información acerca de algunas maneras en las que se puede realizar un trabajo de investigación. Con la intención de impulsar la comunicación científica en los estudiantes de la Unidad Académica de Psicología (UAP, en la UAZ, las Facultades reciben el nombre de Unidades Académicas), se realizan desde hace ocho años coloquios estudiantiles de investigación en psicología, en donde los estudiantes de área básica (cuarto de diez semestres que dura la carrera) y los que están a punto de egresar (estudiantes de décimo semestre), presentan los resultados de investigaciones que realizan dentro de las materias relacionadas con su formación en investigación (Métodos y técnicas de investigación en Psicología y Seminario de tesis).

Cabe aclarar, que dentro del currículo de la UAZ existen dos grandes periodos durante los cuales los estudiantes concluyen procesos de formación en investigación. La primera ocurre al concluir su formación en área (cuarto semestre). Durante los semestres de tercero y cuarto cursan las materias de métodos y técnicas de investigación en Psicología I y II, misma que se trabaja en forma teórico-práctica, en la que los estudiantes realizan por equipos una pequeña investigación guiados por su profesor durante un año, tiempo que dura su formación inicial en esta área en particular. La formación de los estudiantes en materia de investigación es transversal, sin embargo, en los últimos semestres de su formación, cursan seminarios de tesis enfocados en un área específica de la psicología (dentro de la escuela se manejan cuatro áreas terminales: educativa, clínica, social y laboral). Es en este momento en el que ocurre de manera sistemática el segundo periodo de su formación en investigación. Al concluir el décimo semestre, los estudiantes concluyen con este (o se acercan mucho a ello) una investigación, también guiados por un profesor que imparte dicha materia.

El Primer Coloquio Interinstitucional en Psicología 2017 es un evento anual organizado por los propios estudiantes del último año de la licenciatura e impulsado por los profesores que imparten las materias de investigación antes mencionadas. La manera de llevarlo es cabo es siguiendo la estructura de un congreso: se selecciona un comité organizador que se encarga de la coordinación del evento, la logística y gestión de recursos (cuando así proceda). Esta comisión está integrada por el profesor investigador de cada grupo, encargado de impartir la materia de investigación, y por estudiantes que voluntariamente deseen participar. Dicha comisión hace una convocatoria pública en la que se invita a la comunidad universitaria a participar en este evento. Esta es atendida por los estudiantes que así lo deseen en forma voluntaria y por aquellos que llevan las materias antes mencionadas. Para atender dicha convocatoria, son orientados por su profesor de las materias sobre investigación.

El evento dura aproximadamente tres días, dependiendo del número de participantes. Es un evento público y abierto. Los estudiantes de área básica presentan los trabajos en modalidad póster o cartel siguiendo una serie de lineamientos establecidos en la convocatoria y los de área de especialización, hacen una presentación oral. Esta actividad es apoyada por la Coordinación de Investigación y Posgrado de nuestra Máxima Casa de Estudios por lo que al final del evento se entrega a cada participante constancia con valor curricular del evento.

Si bien es cierto que es un evento que permite la discusión y retroalimentación de los trabajos de investigación de los estudiantes y que hasta ahora ha sido bien acogida por los estudiantes y

profesores que en ella han participado, esto no va más allá de los límites de la unidad académica y no permite la formación de redes de investigación.

Dentro del Primer Coloquio Interinstitucional en Psicología 2017, la UAZ contó con la participación de dos estudiantes que presentaron su trabajo de tesis. La primera ponente fue Araceli Ledesma Trejo, quien presentó el trabajo titulado *Visión de los jóvenes universitarios de la ciencia, la investigación y el conocimiento*. Este era un estudio cuantitativo, exploratorio transversal no experimental.

Los resultados más importantes reportados fueron los siguientes.

- Se encontraron 360 palabras para Ciencia, 377 para Investigación y 377 para Conocimiento.
- Las palabras definidoras asociadas con el concepto *Ciencia* (conjunto SAM) fueron: investigación, experimento, estudio, conocimiento, tecnología, científicos, descubrimiento, método, matemáticas y laboratorio.
- Las palabras definidoras (conjunto SAM) del concepto *Investigación* fueron ciencia, experimentación, conocimiento, método, descubrimiento, libros, hipótesis, observación, trabajo y estudio.
- Las palabras definidoras (conjunto SAM) del concepto *Conocimiento* fueron saber, aprender, investigación, lectura, inteligencia, ciencia, estudio, libros, analítico y razón.
- Los resultados encontrados muestran una red semántica donde las palabras estímulo *Investigación* y *Conocimiento* forman parte de la red semántica de *Ciencia* y al mismo tiempo, *Ciencia* también fue integrada a las redes de *Investigación* y *Conocimiento*.
- Esto nos muestra que los alumnos de la universidad mantienen los conceptos relacionados entre sí independientemente de las facultades en las que se encuentren desarrollando su formación.
- Se observa que las redes semánticas son pequeñas en comparación con la población aplicada del instrumento, aquellas redes grandes se formaron en Ciencias de la Salud. Esto sucede por el poco léxico que se presentó en los alumnos de la universidad.
- Además, se observa que la palabra estímulo aún sigue siendo encerrada en los conceptos de ciencias duras o ciencias básicas.

El segundo trabajo de investigación que se presentó llevaba por título la *Percepción de los servicios institucionales por estudiantes de nivel superior de la Universidad Autónoma de Zacatecas*, expuesto por Karla Patricia Sandoval Vázquez, quien realizó un estudio cuantitativo descriptivo transversal no experimental.

Los resultados más importantes, encontraron que existe poca participación de los estudiantes en cada una de las áreas analizadas. En el servicio de tutorías, solo una participación de 2.7% del total de la muestra, de los cuales 50% la considera buena, 11%, lo considera muy mala, el resto está entre regular y excelente. Sobre las actividades deportivas, solo 3.7% la conoce, y la percepción de 42% es que es buena; el 25% le otorga una calificación reprobatoria; sobre las actividades artísticas, solo las conoce el 1.3% y 40% la considera buena, 30% le otorga una calificación reprobatoria, 20% excelente y el resto lo considera regular. Sobre las actividades de idiomas, solo 2.6% del total de la muestra conoce y participa de este servicio, de este porcentaje, el 48% lo considera como bueno. Sobre el servicio médico, solo lo conoce el 1.5% y 32% lo considera bueno. Finalmente, sobre el servicio de atención psicológica, solo lo conoce el 1.7% de la muestra y 57% lo considera bueno. Se concluye en este estudio que la mayoría de los servicios que brinda la Universidad

Autónoma de Zacatecas tienen poco porcentaje de asistencia por parte de los alumnos de las diferentes unidades académicas.

Algo interesante que ocurrió durante la presentación de este trabajo fue que los estudiantes que participaron como asistentes a este evento de las otras universidades, comentaron que ellos también desconocían los servicios que brindan sus propias facultades, por lo que es posible que esta problemática no sea únicamente propia de la UAZ.

Percepción de los estudiantes participantes del Primer Coloquio Estudiantil Interuniversitario

Al final del evento se pidió a los estudiantes que nos dieran su punto de vista sobre la manera en la que el coloquio fue llevado a cabo y en su totalidad, los estudiantes se mostraron satisfechos con la forma en que se llevó a cabo; con la participación de los mismos dentro del evento. Algunos de los comentarios por parte de los estudiantes ponentes fueron los siguientes:

- “Me agradó la manera en la que se llevó a cabo por conexiones en línea, es la primera vez que asisto a uno de esta manera y como ponente, la experiencia y el aprendizaje fueron gratos pues te puedes dar cuenta de la extensión de temas que se pueden trabajar dentro de la psicología y el interés por parte de los alumnos no solo de la universidad en la que te encuentras”.
- “Este tipo de trabajo es muy bueno para los alumnos, ayudan a desarrollar más confianza en uno mismo y se puede tener más control al momento de exponer, hablar y contestar preguntas sobre el tema investigado y estudiado”.

Sobre la opinión de los estudiantes que participaron como asistentes:

- “Me gustó mucho haber estado presente. Saber en qué están trabajando otros compañeros estudiantes de otras universidades”.
- “Me gustó, me permitió evaluar el grado de avance que tenemos nosotros en materia de investigación en relación con otras universidades”.
- “Me ha agradado mucho la manera en la que se ha abordado todo este tema, la organización y los resultados fueron bastante positivos. Ha sido una experiencia grata en la que se ha podido conocer otros trabajos tanto de mis compañeros de la UAZ, como de otras universidades”.
- “El hecho de que sea un evento transmitido en vivo con otras universidades lo hace más interesante y más estudiantes deberían tener la oportunidad de experimentar y de dar a conocer los temas que se han trabajado en las distintas universidades”.

En general, comentaron que les gustaría que este tipo de eventos se llevara a cabo más a menudo, les pareció una buena experiencia que este haya sido en formato de videoconferencia porque pudieron estar presentes sin los inconvenientes que trae consigo el traslado y mencionaron que más estudiantes deberían asistir a eventos así.

La actividad desarrollada en la modalidad de videoconferencia en tiempo real, propició un ambiente de alta motivación por el conocimiento, intercambio de hallazgos y posturas teóricas, metodológicas y prácticas, además de aprendizajes altamente significativos generados por la interacción con estudiantes y profesores de psicología de otras universidades.

Los recursos didácticos, el uso adecuado y eficiente de las TIC y el compromiso del estudiante con su formación, propician el gusto por las actividades de carácter investigativo, y esto los motiva a innovar y reflexionar de manera autónoma. Además, lo convierte en un agente activo del conocimiento al incluirse en un proyecto de intervención y/o investigación.

Es importante que los estudiantes comprendan la relación que tienen las habilidades investigativas con las diversas actividades que realizan durante el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje, por lo que los profesores deben desempeñar una labor dirigida a evidenciarles la importancia que tienen esas actividades en su formación investigativa (Illescas, Bravo y Tolozano, 2014, p. 158).

Conclusiones

A lo largo de estas líneas se ha insistido en la idea de que investigar, aumenta la sensibilidad y la capacidad perceptiva de los fenómenos científicos, humanísticos y socioculturales. El estudiante en su proceso de formación como profesional de la psicología y como investigador enriquecerá su horizonte intelectual, profundizando en la comprensión desde una perspectiva dialógica de diferentes ámbitos intelectuales y profesionales, fortaleciendo la honestidad y responsabilidad académica.

Dado lo anterior, resulta importante obedecer a las competencias descritas en los planes y programas curriculares donde se expresa la necesidad de orientar el proceso formativo a un perfil profesional general que valore la investigación en su formación académica y en su actividad preprofesional lo cual solo será posible lograr en la medida que se formen las habilidades de investigación como base para el desarrollo de las competencias profesionales.

Por otro lado, es necesario establecer el vínculo interdisciplinario para la confección y aplicación de instrumentos de búsqueda y solución de problemas considerando que este es un aspecto medular en el desarrollo del futuro egresado de la educación superior, lo que conlleva a estar mejor preparado para dar solución a los problemas que encontrará en su vida profesional como psicólogo (Illescas et al., 2014, p. 158)

En la actual era digital, las posibilidades de este enfoque parecen acrecentarse y se han desarrollado diferentes propuestas de utilización de dispositivos digitales para un tratamiento del currículo basado en la investigación escolar (Area, 2006; Pozuelos, 2006).

De acuerdo con Pedró (2006, en Gisbert y Esteve, 2011), el desarrollo de las competencias intelectuales y de las capacidades cognitivas de esta generación transforma la forma de pensar y procesar la información. De esta manera, los *New Millenium Leaners (NML)* crecen acostumbrados a:

- Acceder a la información principalmente a partir de fuentes no impresas, sino digitales.
- Dar prioridad a las imágenes en movimiento y a la música por encima del texto.
- Sentirse cómodos realizando tareas múltiples simultáneamente.
- Obtener conocimientos procesando información discontinua y no lineal (pp. 50-51).

La presente experiencia expuesta en las líneas previas que nos proporcionó la participación y organización del Primer Coloquio Interinstitucional en Psicología 2017, nos hizo reflexionar sobre varias cuestiones relacionadas con la formación de nuestros estudiantes como novales investigadores.

Por un lado, si bien es cierto, el trabajo de producción escrita se presenta como una tarea global a la que el alumno deberá enfrentarse en toda su complejidad y que esta no se presenta como una labor para demostrar qué se ha aprendido, sino que tiene un objetivo por sí misma.

Diversos estudios han mostrado que los estudiantes universitarios presentan serios problemas al momento de producir los tipos de textos académicos que se exigen en la universidad (véase, como ejemplo, Morales, Rincón y Romero, 2005). Lo mismo ocurre al solicitar la presentación de sus trabajos terminales en forma oral. En cualquier caso, la inserción de la producción en un contexto es imprescindible para la enseñanza (Camps, 2008). El trabajo en el coloquio permitió otorgar dicho contexto a sus trabajos de investigación. Más aún, nos dio a todos los participantes del mismo (docentes investigadores, estudiantes asistentes y estudiantes ponentes) la oportunidad de explorar otras vías de difusión de resultados de los nóveles investigadores. Una vía, que si bien es cierto al principio asusta, permitió la retroalimentación y la reflexión sobre los problemas de estudio en las diferentes universidades.

Por otro lado, desarrollar el análisis de la realidad con un sentido ético y cognoscitivo, es pieza fundamental para una actitud científica que favorece la objetividad y la tolerancia. Morales, Rincón y Romero (2005) señalan que la universidad tiene una deuda histórica con la sociedad y que esta debe, a través de la investigación, acercarse a los problemas y soluciones sociales reales que permitan a la sociedad verse beneficiada de estas aportaciones a mediano y corto plazo. El hecho de que los resultados de las investigaciones realizadas por noveles investigadores trasciendan los anaqueles de la biblioteca, coadyuva a la generación de nuevas líneas de investigación, lo que potencia la disminución de dicha brecha en el adeudo.

Más aún, la realización de ejercicios como estos, permite la conformación de redes de investigación y colaboración, no solo entre docentes investigadores, sino también entre estudiantes, objetivo de las cátedras CUMex. Rodríguez, Bertone y García-Martínez (2009) señalan que los grupos de investigadores o comunidades científicas no necesariamente tienen que pertenecer a una misma institución, ni siquiera a un mismo país. El uso de herramientas tecnológicas a través de este ejercicio, ha sido un primer paso para la constitución de comunidades de investigación virtuales, lo que a su vez ha facilitado y facilitará la comunicación y el intercambio de información y la conformación de redes académicas. Este ejercicio ha favorecido también el proceso de autoeficacia en materia de investigación. Prueba de ello son los comentarios favorables que los participantes hicieron en torno a esta práctica.

Como habrá podido notarse en la sección relativa a los estudios presentados durante el Primer Coloquio Interinstitucional en Psicología 2017, estos muestran una diversidad de intereses e inquietudes. A nuestro juicio, esto resulta formativo en los estudiantes que participaron como ponentes y en aquellos que escucharon las propuestas de sus compañeros estudiantes.

Consideramos que un logro importante obtenido con este ejercicio de intercambio de ideas fue haber creado un espacio en el que los principales protagonistas fueron los estudiantes, en el papel de investigadores, y sus aportaciones; en el cual los mismos estudiantes pudieron escuchar otras voces distintas de aquellas con las que, de manera cotidiana, interactúan, y al mismo tiempo, pudieron dar su punto de vista en aquellas áreas en las que se encontraban interesados. Pudieron darse cuenta del tipo de investigación que se hace en otras universidades e intercambiar experiencias, centrándose en lo que cada uno de manera individual deseara (comparar lo que se hace en su universidad con lo que hacen en otras, conocer sus alcances, aprender nuevos temas, etcétera).

Por tanto, resulta útil y necesario continuar con ejercicios similares a este, en los que se involucre a estudiantes, nuevos investigadores, a hacer aportaciones a la disciplina a fin de superar uno de los grandes desafíos con el que nos enfrentamos dentro de la psicología educativa: la formación y desarrollo de habilidades asociados con el pensamiento y a la investigación científicas en nuestros estudiantes y futuros profesionistas.

Referencias

- Acón-Hernández, E., Fonseca-Artavia, K., Artavia-Chávez, L. y Galán-Rodas, E. (2015). Conocimientos y actitudes hacia la investigación científica en estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Costa Rica. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 8(4): 217-222.
- Albero, C., Robles, J. y Molina, O. (2011, mayo-agosto). ¿Por qué usamos las tecnologías de la información y las comunicaciones? Un estudio sobre las bases sociales de la utilidad individual de internet. En: *Revista Internacional de Sociología* (RIS).
- Aldana, G. M. (2012) La formación investigativa: su pertinencia en pregrado. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 35: 367-379. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/>
- Area, M. (2006). Hablemos más de métodos de enseñanza y menos de máquinas digitales: los proyectos de trabajo a través de la www. *Kikiriki*, 79: 26-32.
- Bascó, E. L., Barbón, O. G., Solís, U., Poalasin, L. A. y Pailiacho, H. (2017). Diagnóstico de la actividad científica estudiantil en la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo *Educación Médica* 18(3): 154-159.
- Bowlby, J. (1999). *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida* (3a. ed.) Madrid, España: Morata.
- Calderón, G., Castaño, G., Lozada, N., Gutiérrez, L., Pérez, P. y Posada, R. (2014). *Generación de conocimiento en los grupos élite de investigación en administración en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia y Ascolfa.
- Camps, A. (2008). Hacia un modelo de enseñanza de la composición escrita en la escuela. En: Fundalectura y Fundación Corona (ed.). *Lecturas complementarias para maestros: leer y escribir con niños y niñas* (1a. ed., pp. 22-31). Bogotá: Fundalectura.
- Camps, A., Castello, M. (2013) La escritura académica en la universidad. *Revista de Docencia Universitaria*, 11(1): 17-36.
- Castillo, A. (2016). *Sentido de la Línea curricular metodológica en la Licenciatura en Psicología de la Universidad Pedagógica Nacional* [documento de trabajo]. México: UPN Ajusco.
- Castillo, A. et al. (2015). *Reporte de evaluación de la Licenciatura en Psicología Educativa*. México: UPN.
- Castro, S., Guzmán, B. y Casado, D. (2007). Las TIC en los procesos de enseñanza y aprendizaje. *Laurus*, 13 (1): 213-234.
- Cobo, C. (2007) Intercreatividad y Web 2.0. La construcción de un cerebro digital planetario. En: C. Cobo y C. Pardo. *Planeta Web 2.0. Inteligencia colectiva o medios fast food. Grup de Recerca d'Interaccions Digitals*. México D.F.: Universitat de Vic. Flacso México.
- Cobo, C. y Moravec, J. W. (2011). *Aprendizaje Invisible. Hacia una nueva ecología de la educación. Colección Transmedia XXI*. Laboratori de Mitjans Interactius. Barcelona, España: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Coll, C. (2011). Aprender y enseñar con el tic: expectativas, realidad y potencialidades. En: R. Carneiro; J.C. y Toscano, T., Diaz. *Los desafíos del tic para el cambio educativo. Colección Metas educativas 2021*. Madrid: Fundación Santillana OEI.
- Criollo, M., Romero, M. y Fontaines-Ruiz, T. (2017). Autoeficacia para el aprendizaje de la investigación en estudiantes. *Psicología Educativa*, 23: 63-72.
- Díaz, C., Manrique, L.M., Galán, E. y Apolaya, M. (2008) Conocimientos, actitudes y prácticas en investigación de los estudiantes de pregrado de facultades de medicina del Perú. *Acta médica peruana*, 25 (1).

- Gisbert, M. y Esteve, F. (2011). Digital Leaners: la competencia digital de los estudiantes universitarios. *La Cuestión Universitaria*, 7: 48-59.
- Gongora, M. (2002). El Estado, la universidad peruana y el drama de la investigación científica. *Escritura y pensamiento*, 5 (11): 43-57
- Illescas, S.A., Bravo, G. y Tolozano, S., (2014). Las habilidades de investigación en estudiantes de Psicología de la Universidad de Guayaquil, Ecuador. *Alteridad*, 9 (2):151-160.
- Jarquín, S. (2003). Alarmantes cifras de abuso sexual infantil en México. En: Cimacnoticias. *Periodismo con perspectiva de género*. Recuperado de <http://www.cimacnoticias.com.mx/noticia/alarmantes-cifras-de-abuso-sexual-infantil-en-m-xico>
- Jiménez, E., Rivera, C., Damián, F. y Venegas, D. (2015). México, primero de la OCDE en abuso a infantes. En: *Milenio.com*. Recuperado de http://www.milenio.com/politica/Mexico-primero-OCDE-abuso-infantes-menores-delito-infantil-violencia-fisica_0_631736854.html
- Kaplan, H. y Sadok, B. (1999) Duelo, luto y el sentimiento de pérdida. En: *Sinopsis de psiquiatría; Ciencias de la conducta-psiquiatría clínica* (pp. 78-83). Madrid: S.A.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2001). *Investigación del comportamiento* (4a. ed.). México: McGrawHill.
- Lacchini, A.; Quiroga Branda, J., y Vestfrid, P. (2014). Enseñando a investigar: Modas en la trastienda. *VIII Jornadas de Sociología de la UNLP*, 3 al 5 de diciembre de 2014, Ensenada, Argentina. En: *Memoria Académica*. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4578/ev.4578.pdf
- Morales, O. A., Rincón, Á. G. y Romero, J. T. (2005, abril-junio). Cómo enseñar a investigar en la universidad. *Educere*: 217-224.
- Moreno, M.G. (2005) Potenciar la educación. Un currículum transversal de formación para la investigación REICE - *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 3 (1) http://www.ice.deusto.es/rinace/reice/vol3n1_e/Moreno.pdf
- Mori, M. P. (2009). Responsabilidad social: Una mirada desde la Psicología comunitaria. *Liberabit*, 15(2): 163-170.
- Moyano, E. (2001). Una clasificación de géneros científicos. XIX Congreso AESLA. Universidad de León.
- Ochoa-Vigo, K., Bello, C., Villanueva, M. E., Ruiz-Garay, M. I. y Manrique, G.A. (2016) Percepción y actitud del universitario de enfermería sobre su formación en investigación. *Revista Médica Herediana*, 27: 204-215.
- Pozuelos, F. (2006): Investigación escolar y las tecnologías de la información y comunicación (TIC): algunos obstáculos, riesgos y límites en Cooperación Educativa. *Kikirikí*, 79: 15-25.
- Pozuelos, F., Travé, G. (2007). Didáctica de las ciencias experimentales. *Alambique*, 52: 20-27.
- Prensky, M. (2001) *Nativos Digitales, Inmigrantes Digitales*. En: J. Molano (trad.). *On the Horizon*. MCB University Press, 9 (6). Recuperado de <http://recursos.aprenderapensar.net/files/2009/04/nativos-digitales- parte1.pdf>
- Rexach, V. (2017) Mutaciones de enseñar y aprender para instituciones en el tercer entorno. En: *IV Coloquio Estudiantil "Educación en el siglo XXI: innovación, diversidad e inclusión"*. Coloquio llevado a cabo en la Universidad Autónoma de Querétaro, México.
- Riso, M. (2011) *Enseñar a investigar investigando*. Experiencias de investigación en comunicación con estudiantes de la Licenciatura en Comunicación y Cultura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Recuperado de <https://historia-sexto.wikispaces.com/file/view/ense%C3%B1ar+a+investigar+investigando.+Marta+Rizo+Garc%C3%ADa.pdf>

- Rodríguez, D., Bertone, R. y García-Martínez, R. (2009) Consideraciones sobre el Uso de Espacios Virtuales en la Formación de Investigadores. *Revista de Informática Educativa y Medios Audio-visuales*, 6 (11): 35-42.
- Sabino, C. (1976). *El proceso de investigación*. Colombia: Cid Editor.
- Seoane, G., Molina, B. y Valero, R. (2001). Diferencias de Género en el afrontamiento en la adolescencia. *Brocar: Cuadernos de investigación histórica*, 35: 157-166.
- Seoane, J., Garzón, A. (1996). El marco de investigación del sistema de creencias postmodernas. Universidad de Valencia. *Psicología Política*, 13: 91-98.
- Trasi, F. [PUNTOMOV]. (2011, 8 de mayo). *Sociedad del Conocimiento* [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=McBhr6ZUHtc>
- Tückler, M. G. (1998). *Literatura para niños preescolares*. Costa Rica: Euned.
- Universidad Juárez del Estado de Durango (2017) Plan de estudios. Recuperado de <https://www.ujed.mx/oferta-educativa/licenciado-en-terapia-de-la-comunicacion-humana>
- UNESCO (2017). *Las TIC en la educación*. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/es/unesco/themes/icts/>
- Velez, I., Dávila, R. (1984). De la investigación universitaria en Colombia. *Educación Superior y Desarrollo*, 3 (1): 48-54.
- Veloso, C., Caquea, W., Caqueo, A., Muñoz, Z. y Villegas, F. (2010). Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psicología*, 22 (1): 23-24.
- Zarzosa, L. (2015, septiembre-diciembre). Los límites de la carrera de Psicología y el necesario cambio de paradigma en su enseñanza. En: *Psicología*, 20(3).



4

CAPÍTULO

El modelo de prácticas residenciales de la Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana de la UJED

Cecilia Castañeda Martínez
Elda Raquel Vázquez Ríos
Isela Vanesa Herrera Vargas
Sagrario Salas Name

Introducción

El psicólogo y el terapeuta en formación deben tener en cuenta que están estudiando una profesión que lleva implícito un estilo de vida; su persona es entendida como agente de cambio para quien busca ayuda profesional ante situaciones o conflictos de tipo psicológico, emocional o relacional; igualmente para quien enfrenta limitaciones del área de la comunicación humana.

En el Centro de Servicios a la Comunidad (en adelante, CSC) perteneciente a la Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana (en adelante, FPyTCH) se integra un equipo de trabajo interdisciplinario entre residentes en práctica clínica y académicos especializados, con el propósito de brindar la mejor atención a los pacientes que acuden a solicitar servicios psicológicos y/o terapéuticos en los niveles de valoración, diagnóstico e intervención.

Los saberes teóricos de poco sirven si no son llevados a la práctica y evidencian el saber hacer del estudiante. El modelo de residencias del que se hablará, está conformado por la práctica clínica supervisada, la formación de alumnos en sesiones de enseñanza, el trabajo colaborativo para la intervención y la investigación con producción académica al nivel de participación en el Congreso Internacional de Cuerpos Académicos (CICA)¹ y publicaciones en revistas de investigación científica.

En este capítulo se presenta cómo se creó el CSC, seguido de una breve descripción de los elementos del Modelo Educativo de la UJED, que a su vez, fundamentan el modelo de trabajo que se ha ido construyendo en el curso de los tres últimos años para guiar la práctica clínica del psicólogo y el terapeuta de la comunicación humana. Es importante precisar, que la mayor parte del material que integra este documento es inédita y forma parte de los instrumentos (formatos de clínicos, guías de la práctica clínica, esquema de las sesiones de enseñanza, rúbricas de evaluación y otros) propios del centro.

El registro sistemático de la intervención con pacientes fomenta el hábito de escribir y reflexionar acerca de la actividad profesional en marcos institucionales, las guías de actividades de la práctica clínica orientan el trabajo sistemático y autogestivo de los estudiantes; mientras que, a través de la supervisión se conduce al estudiante hacia el compromiso del ejercicio profesional saludable y el desarrollo de actitudes de autocuidado.

Por esto, la importancia de la información expuesta a lo largo de este capítulo soporta el trabajo realizado en el CSC en los últimos años, mismo que es de relevancia ya que la esquematización en el abordaje le ha posicionado en relación con otras áreas en el ámbito de la salud mental. Asimismo la calidad en el servicio ofrecido a la comunidad se sustenta en un trabajo colaborativo y estructurado. Contar con los elementos necesarios para la atención al paciente de manera integral tanto en el aspecto psicológico como de comunicación humana, coloca a este centro como uno de los más completos del norte del país.

De esta manera, el conocimiento de lo que brinda el CSC favorece en primer momento a los usuarios que así lo requieren, en segundo término a los profesionales de la salud con los que hasta ahora se ha logrado hacer equipo para dar seguimiento a los casos detectados, no solo en educación básica, sino a nivel medio superior y superior, así como de otras áreas de atención, incluido el sector salud. Es ahí donde las temáticas y condiciones psicológicas y de comunicación humana atendidas, permiten a los terapeutas en formación construir un marco de atención, que fortalece no solo su desarrollo académico sino personal, emergiendo de la práctica clínica con las herramientas necesarias para insertarse de manera favorable en el campo profesional.

¹ Publicaciones dispuestas en : <http://www.ecorfan.org/journal.php>

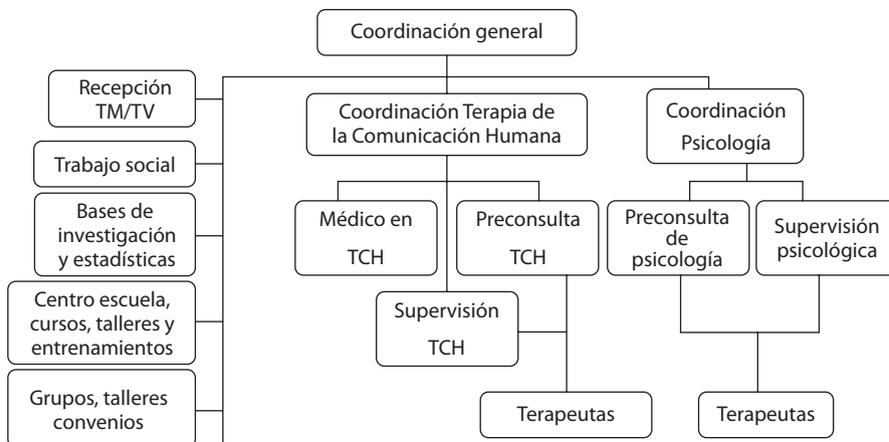
Descripción breve del Centro de Servicios a la Comunidad (CSC)

En 1997 se funda la Escuela de Psicología de la UJED (Medina, 2017) iniciando con la licenciatura en Psicología; posteriormente en 1999, la Junta Directiva de la UJED acuerda aprobar el programa de la licenciatura en Terapia de la Comunicación Humana (Facultad de Psicología UJED, s.f.), recuperado en <http://psicologiyterapia.mx/identidad/historia/>; el CSC tiene su origen en la Clínica de Atención Psicológica de la entonces Escuela de Psicología de la UJED, la cual fue creada para que los alumnos de octavo y noveno semestres realizaran su práctica clínica. En el año 2010, la Escuela de Psicología cambió su sede a las instalaciones que hoy ocupa la Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana (Medina, 2017), con ello también la Clínica de Atención Psicológica cambió su nombre por el de “Centro de Servicios a la Comunidad de la FPyTCH”, que es la denominación que reciben los diversos Centros de las Unidades Académicas de la UJED que ofertan servicios al público.

La organización de las áreas de intervención del CSC está delimitada por los servicios que se ofrecen a la comunidad, entre ellos se encuentran los de la clínica de Terapia de Comunicación Humana como son: preconsulta, consulta especializada con estudios de gabinete de encefalografía audiometría, además de la terapia individual para niños, adolescentes y adultos. En la clínica de psicología se tienen los servicios de: preconsulta, consulta psicológica, atención terapéutica, asesoría psicológica, psicometría, orientación vocacional, entre otros. También se integran equipos mixtos de trabajo para realizar intervención en modalidad de grupos terapéuticos y profilácticos.

La operativización del CSC se lleva a cabo a través de: 1) la Coordinación general, que a su vez cuenta con 2) la Coordinación de Clínica de Psicología y 3) la Coordinación de Clínica en Terapia de la Comunicación Humana; así como las áreas de preconsulta correspondientes a cada área y 4) estudios de gabinete. Administrativamente se cuenta con 5) Departamento de Trabajo Social y 6) caja. Los servicios al público están clasificados de acuerdo con la clínica a donde corresponden, sea Terapia de la Comunicación Humana o Psicología; la estructura general del centro se representa en el siguiente organigrama:

Organigrama del Centro de Servicios a la comunidad de la FPyTCH-UJED



Fuente: Elaboración propia.

El Centro de Servicios a la Comunidad tiene como propósito:

1. Proporcionar a los alumnos un espacio de prácticas donde hagan uso de las herramientas teóricas adquiridas en su formación, a través del servicio de atención de pacientes.
2. Proporcionar a la comunidad los servicios correspondientes a las áreas de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana para coadyuvar en el crecimiento personal de sus miembros.

La atención de pacientes en psicoterapia o terapia es realizada por los alumnos (residentes) de las licenciaturas de los semestres sexto, séptimo y octavo, mismos que son supervisados por un académico adscrito al CSC; la supervisión tiene dos funciones implícitas: la primera, es para asegurar que la intervención responda adecuadamente al motivo de consulta que fue planteado por el paciente, así como al diagnóstico que resultó de la valoración; la segunda es un ejercicio de aprendizaje teórico-práctico a través de la revisión de cada caso que se lleva ante el supervisor.

El equipo administrativo y académico del CSC, en el curso de los últimos tres años ha ido diseñando estrategias formativas y construyendo las guías de trabajo, los formatos de registro, las rúbricas de evaluación, los reglamentos, etc. Todo esto cuando se lleva a la práctica, integra el Modelo de Prácticas para Residenciales, mismo que se describe a continuación.

La residencia clínica a partir del modelo educativo de la UJED

El modelo educativo (ME) de la UJED plantea la formación de los estudiantes en las dimensiones intelectual, actitudinal y procesual (Dirección de Planeación y Desarrollo Académico-UJED, 2006), en la dimensión intelectual se debe promover el autoaprendizaje y la capacidad de investigación para posicionar al estudiante como alguien capaz de generar su conocimiento; Feurstein referido por Velarde (2008), sostiene que “la educación debe orientarse a forjar individuos inteligentes”. En la dimensión actitudinal se promueve la atención con calidad y calidez hacia el paciente, el trabajo en equipos colaborativos, el autocuidado del terapeuta, las relaciones fraternas, el respeto a la persona, y el sentido de pertenencia institucional; Velarde (2008) escribe, “es de gran importancia forjar individuos de gran calidad humana; por la responsabilidad y el papel que cumplirán como mediadores sociales.” La Dimensión Procedimental, la del saber hacer, se fundamenta en los estándares que marca la Agencia Nacional para la Evaluación y la Acreditación de España (ANECA), (referido en FPyTCH, 2009). Estos dicen que el psicólogo debe conocer:

1. Las funciones, características y limitaciones de los distintos modelos teóricos de la psicología.
2. Los aspectos de normalidad y anormalidad de los procesos y etapas principales del desarrollo psicológico a lo largo del ciclo vital.
3. Los métodos de evaluación, diagnóstico y tratamientos psicológicos en diferentes ámbitos aplicados de la psicología.
4. El diseño de una investigación, los procedimientos de formulación y contrastación de hipótesis y la interpretación de los resultados.
5. Los campos de aplicación de la psicología y tener los conocimientos necesarios para incidir y promover la calidad de vida en los individuos, grupos, comunidades y organizaciones.

Para el estudiante de la licenciatura en Terapia de la Comunicación Humana, el plan de estudios de 2011 presenta dos puntos que marcan la directriz del trabajo clínico:

1. La promoción de la enseñanza de procesos de intervención mediante el contacto con la realidad de los servicios que competen a esta profesión.
2. El trabajo interdisciplinario que permite al estudiante interactuar con otros profesionistas y desarrollar un método de trabajo propio en el ejercicio de su carrera.

Entonces, como parte del perfil de egreso de la carrera, el terapeuta debe contar con lo necesario para promover la calidad de vida en los individuos, grupos, comunidades y organizaciones en los campos clínicos y educativos; también debe saber utilizar los instrumentos diagnósticos y aplicar los procedimientos de intervención para alcanzar las metas planteadas (FPyTCH, 2011).

En apego a lo anterior, se procura que la práctica clínica sea un entrenamiento donde el residente aplique las bases teórico-metodológicas para situar el problema y aplicar lo necesario en la evaluación, el diagnóstico y la intervención de pacientes; también desarrolle competencias para la consulta individual, aprenda cómo se realiza el diseño instruccional de programas de intervención grupal y la impartición de los mismos. La expectativa es que, a su egreso de las aulas, el nuevo profesionista se integre en el campo laboral con la certeza de contar con la experiencia y la práctica realizada y avalada en el contexto de un marco institucional.

La práctica clínica como proceso formativo

Haley (1997) plantea que la formación de terapeutas puede concebirse como un proceso en etapas en el que, además de la adquisición de conocimientos generales de la profesión, la meta principal es formar entrevistadores competentes, capaces de saber entrevistar al individuo, a la pareja y a la familia completa; que puedan manejarse hábilmente con el niño, el adolescente, el adulto y el adulto mayor, según sea el caso, de tal forma que presenten una visión global de la persona.

En la modalidad de residencias clínicas el alumno investiga, lee, escribe, reflexiona, discierne; se adiestra para realizar intervenciones puntuales y efectivas, se deja guiar y acompañar por su equipo de trabajo; Haley (1997) puntualiza que la formación del terapeuta se completa cuando este puede hacer lo que su supervisor le ha enseñado.

Los residentes son los alumnos que a partir del sexto semestre se integran a la práctica profesional en instituciones del ámbito organizacional, educativo, social o clínico (FPyTCH, 2009). En el caso de quienes eligen el CSC para realizarla, su actividad fundamental es la atención de pacientes en los servicios correspondientes a su formación.

La residencia se realiza en tres cursos (R1, R2 y R3) de 180 horas cada uno, si estas se llevan a cabo en una sola institución bajo un proyecto integrador de intervención, puede utilizarlo como recurso de titulación al elaborar un informe recepcional de acuerdo con lo que establece el Manual de Titulación de la universidad (FPyTCH, 2016).

Las actividades que se realizan en el CSC son cíclicas, se desarrollan de acuerdo con el calendario escolar del semestre que marca la universidad, se puede decir que se han ido elaborando protocolos que guían cada una de ellas, por mencionar algunas: el proceso de captación de residentes y su admisión correspondiente, las estrategias de entrevista, valoración e identificación de los recursos teóricos y experienciales que posee el estudiante para aplicarlos en la práctica, entre otros. Estas actividades promueven que los alumnos, además de la generación de conocimientos entren en una dinámica de integración y desarrollo del sentido de pertenencia como parte del equipo terapéutico.

Estrategias operativas²

La captación y el ingreso de los residentes implica un proceso en el cual se identifican los recursos personales (saber ser) y formativos (saber hacer) que posee el alumno y se le proporciona una instrucción para el manejo de formatos clínicos y otras herramientas de utilidad para el ejercicio de la práctica en espacios terapéuticos, Malpica (1996), (referida en Argüelles, 1996), enfatiza en la importancia de la relación entre las condiciones específicas de la práctica que favorecen la sistematización del conocimiento teórico; para ello se planean actividades de aprendizaje previas, que orienten al residente en las funciones y tareas a las que se dedicará. Esta fase consta de los siguientes pasos:

1. Aplicación de la solicitud de ingreso.
2. Entrevista por las áreas correspondientes a su carrera y un supervisor.
3. Examen exploratorio de conocimientos clínicos.
4. Curso de inducción para el ingreso a la práctica clínica.

Admisión del residente

Cuando el residente ha sido aceptado tras completar los cuatro puntos anteriores se procede a la asignación del servicio que le corresponde, el cual puede ser en áreas de trabajo terapéutico o no terapéutico. De acuerdo con las recomendaciones de parte del entrevistador respecto a la situación emocional del aspirante, aunado con los resultados obtenidos en el examen exploratorio.

En el caso de residentes de la clínica de Psicología, los requisitos que requiere son:

1. Presentar constancia de atención psicológica.
2. Ser alumno regular hasta el quinto semestre.

Asignación de actividades no terapéuticas

En este caso se encuentran los alumnos que tras la valoración no son autorizados para atender pacientes de psicoterapia, pero sí pueden realizar la valoración y otros servicios no terapéuticos.

1. Haber completado el curso de inducción.
2. Que su supervisor lo considere apto para ejercer dichas actividades.

Entre las actividades no terapéuticas que puede realizar el alumno, se encuentran:

- a) **Orientación vocacional.** Esta función inicia con la aplicación de la entrevista, seguida de la aplicación de los instrumentos para obtener el perfil de preferencias ocupacionales y otras pruebas que permitan identificar con claridad los intereses, aptitudes, actitudes y rasgos de personalidad; los resultados se confrontan con la oferta educativa a nivel local y regional frente a la realidad laboral que presenta la carrera de elección.

² Estas estrategias han sido formuladas por el propio personal académico del CSC y se encuentran en proceso de ser formuladas para su publicación al interior de la universidad. Las actividades descritas son complementadas de acuerdo con las necesidades que se presenten en cada inicio de cursos, pero en esencia son la base para la organización del quehacer con los residentes clínicos.

- b) **Apoyo en enseñanza continua.** Son sesiones semanales en las que el residente puede impartir temas relacionados con el trabajo clínico; el objetivo es fomentar en el estudiante el autoestudio y el desarrollo de habilidades para el manejo de grupos.
- c) **Sesiones de enseñanza.** Son sesiones semanales en las que se promueve el intercambio de experiencias y aprendizaje referentes al trabajo clínico con pacientes. El supervisor desempeña un papel de facilitador y promueve el estudio y la exposición de casos, además de contribuir con la experiencia adquirida en el ejercicio de su propia práctica.
- d) **Análisis de casos clínicos.** Son sesiones donde el alumno expone sus experiencias en el manejo de pacientes y se retroalimenta del trabajo de sus compañeros; muestra sus habilidades en el análisis y construcción de estrategias de intervención y se enfatiza en la importancia del trabajo clínico supervisado.
- e) **Asesoría y supervisión.** Son sesiones semanales en las que los residentes se integran en equipos de tres a cinco elementos para trabajar en equipo con un supervisor en la revisión y asesoría del trabajo que se realiza con los pacientes.
- f) **Llenado de formatos clínicos.** Esta actividad tiene el objetivo de formar el hábito del registro sistemático del trabajo con el paciente, así como desarrollar actitudes éticas en el manejo ético de la información.

Asignación de actividades terapéuticas

El tratamiento psicoterapéutico de los pacientes plantea al residente la puesta en práctica del saber hacer, con esto, “el terapeuta en formación no solo abordará la búsqueda del desarrollo de competencias en psicoterapia, sino que también deberá revisar aquellas creencias, emociones y conductas que estarán en escena a la hora de interactuar con su paciente (Ciberón, 2009).

Ya se dijo en páginas anteriores que el ser terapeuta conforma un estilo de vida, es una profesión que requiere vocación. Linares (1996) plantea que los planos cognitivo, emocional y pragmático pueden ser considerados como ejes que enmarcan la vida relacional humana y por lo tanto también se vuelven marco para la psicoterapia. Un terapeuta debe saberse responsable de sí mismo y su proceder ante el paciente que le confía los aspectos más vulnerables de su persona, por ello resulta indispensable el cuidado que se tiene con los residentes que hacen intervención con pacientes.

Los requisitos que debe cubrir el residente para trabajar en psicoterapia son:

1. Que su supervisor avale el ejercicio de la actividad
2. Tener por lo menos seis meses de proceso terapéutico personal y contar con el aval de su terapeuta para atender pacientes.

El uso y manejo de formatos, recurso de aprendizaje y argumentación de la experiencia clínica

El material aquí presentado son algunos de los formatos que el residente aprende a utilizar y a través de los cuales se da seguimiento al caso del paciente o consultante. Con ellos se integra el expediente clínico, el cual se conserva abierto durante el tiempo que permanece el proceso terapéutico. Cuando el paciente concluye su tratamiento o es dado de baja, se indica en la pestaña de la carpeta y se le asigna un color específico para distinguir su condición como: proceso concluido o dado de baja.

Al respecto, el Diario Oficial de la Federación, bajo la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, se refiere al expediente clínico como “el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento, para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, electromagnéticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones o en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables”.

El Centro de Servicios a la Comunidad como institución formativa dependiente de la Facultad de Psicología y Comunicación Humana para fines exclusivamente formativos retoma los siguientes lineamientos para el uso y manejo del expediente:

- **Historia clínica** (deberá elaborarla el personal capacitado de acuerdo con las necesidades específicas).
 - Incluye interrogatorio, ficha de identificación, antecedentes heredofamiliares y personales, padecimiento actual y tratamientos previos.
 - Exploración física (*habitus exterior*).
 - En su caso, resultados actuales de estudios.
 - Diagnósticos y problemas clínicos.
 - Indicación terapéutica.
- **Nota de evolución** (se deberá elaborar cada vez que se proporciona atención, de acuerdo con el estado clínico del paciente).
 - Evolución y actualización del cuadro clínico.
 - Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
 - Tratamiento e indicaciones para el seguimiento del paciente.
- **Nota de referencia** (de requerirse, deberá elaborarla el tratante, anexando copia del resumen clínico con que se envía al paciente).
- **Nota de egreso** (se elaborará al término y/o por la interrupción del tratamiento).
 - Fecha de ingreso/egreso
 - Motivo de egreso
 - Diagnósticos finales
 - Resumen de evolución y estado actual
 - Problemas clínicos pendientes

Por su parte, Castañeda (2015) argumenta sobre las especificaciones del expediente clínico, añadiendo elementos como:

- **Hoja de datos generales:** se rescatan datos que deben ser protegidos bajo normas de confidencialidad basadas en el código ético, y que pueden ser utilizados con fines estadísticos.
- **Primera entrevista:** contiene el motivo de consulta, de manera implícita y explícita de los servicios recibidos, además de lo que circunda la problemática expuesta por el paciente, de inicio, evolución y posibles soluciones implementadas.
- **Pruebas psicométricas y sus resultados:** son hojas de respuesta de las pruebas aplicadas, resultados y su interpretación.

- **Exámenes físicos o diagnóstico médico:** resultados de análisis físicos o diagnósticos médicos que se pudieran tener.
- **Diagnóstico y diagnóstico diferencial:** se exponen las bases, justificación y sustento del diagnóstico identificado.
- **Plan de trabajo:** se abordan los objetivos de atención, así como las técnicas utilizadas para el logro de los mismos.
- **Anexos de actividades realizadas por el paciente:** ejemplo de las actividades y/o tareas estratégicas usadas a lo largo del proceso.
- **Contrato terapéutico:** contiene el reglamento y/o condiciones, así como los derechos a los que están sujetos tanto el psicoterapeuta como el usuario de los servicios.

El uso adecuado del expediente clínico permite dar orden a los datos obtenidos, sustenta el trabajo y brinda formación al terapeuta a cargo. “La aplicación y seguimiento de la Norma de procedimientos para el Manejo del Expediente Clínico permite mejorar la calidad de atención mediante la toma de decisiones oportuna, convirtiéndose en una herramienta indispensable para la investigación y evaluación de los aspectos clínicos, gerenciales, docentes y legales de la atención en salud” (Ministerio de Salud, 2008).

Algunos de los aspectos definidos por la Norma abordan elementos, no solo de tipo jurídico, científico, etc.; consideran además el uso y la utilidad en el ámbito docente; encargado de formar a terapeutas noveles, por lo que se sistematiza el abordaje al usuario, institucionaliza un documento debidamente requisitado para su atención; expone, ordena y clasifica las técnicas para la atención y como sustento para la investigación, y obliga a todo profesional de la salud a que aplique un sistema médico orientado.

Así algunos de los principios del expediente médico según el Ministerio de Salud (2008) sustentan que:

- Cada usuario en un establecimiento de salud debe tener un solo expediente clínico debidamente rotulado, codificado y enumerado en un establecimiento de salud.
- Los datos contenidos en el expediente clínico son confidenciales para uso exclusivo del personal autorizado.
- Los datos obtenidos o recopilados de la atención de un usuario deben registrarse en los formatos diseñados para cada sección del expediente clínico.

En la misma línea, existen reglas y disposiciones para el uso y manejo del expediente clínico:

- El archivo de los expedientes clínicos se hará de forma centralizada (no se podrá seccionar por sexos, por programas, etc.) y solamente dividido en un archivo activo y un archivo pasivo.
- El usuario tiene el derecho a recibir un resumen clínico elaborado por el médico tratante, este último debe ser revisado y avalado por el jefe inmediato y autorizado con el visto bueno del director del centro; para extender esta información el usuario, su familiar, tutor o representante jurídico o autoridad competente debe solicitarlo por escrito, especificándose con claridad el motivo del resumen clínico.
- Cada hoja de cada sección del expediente clínico contiene su propio formato, que describe formularios con características específicas establecidas por las instancias reguladoras. Todas las instituciones proveedoras de servicio públicas y privadas de salud deben ajustar sus formatos a los estándares.

A partir de la Norma para el manejo del expediente clínico (2008), este debe registrar la información concerniente a la atención en salud de un usuario. Este compendio deberá cumplir con las siguientes funciones; contribuir a la mejora en la calidad de la atención del usuario, ser un instrumento docente y de investigación clínica; y un documento médico, legal y ético.

Los formatos que integran el expediente clínico, que se exponen a continuación, han sido elaborados por equipo académico del CSC, y cuentan con elementos referidos y avalados por la Norma Oficial Mexicana.

El primero con clave F-001CSC, esquematiza de manera sintética la ficha que el paciente habrá de llenar al momento de solicitar ser atendido en este centro.

Formatos

Instrumento 1. Ficha de solicitud de servicios (para uso del departamento de Trabajo Social)

| Ficha de solicitud de servicios | | | |
|--|--|---|--------------|
| Para brindarle un servicio oportuno, favor de llenar los siguientes datos: | | | |
| Fecha: | Nombre de la persona que acudirá a consulta: | Edad: | Escolaridad: |
| Teléfono donde se pueda localizar: | | Horario disponible para consulta: TM () TV () | |
| Si es menor de edad anote el nombre de quien presenta la solicitud: Padre () Madre () Otros () | | | |
| Servicio solicitado: | | | |
| Psicología: () Valoración psicológica () Psicoterapia () Asesoría () Orientación vocacional () | | | |
| Terapia de la Comunicación Humana: () Valoración () Terapia de lenguaje () | | | |
| Terapia de aprendizaje () Terapia de habla () Terapia de voz () Terapia de audición () Otro: | | | |
| Motivo de la solicitud (¿Por qué viene a consulta?): | | | |
| Iniciativa personal () Derivación () Escuela () Médico () Otra | | | |
| Describe brevemente por qué solicita la atención (¿Qué le pasa a la persona que viene a consulta?): | | | |

Fuente: Instrumento F-001CSC. Elaborado por el equipo académico del CSC.

Instrumento 4. Derivación

Formato clave P-2 2P, se utiliza para indicar la derivación del paciente a otro servicio al interior del propio CSC o bien a una institución externa.

| | | | |
|------------------------|---|--------------------|---|
| Derivación interna | | Derivación externa | |
| | Si el caso amerita, se realiza una derivación al área de Comunicación Humana. | | Cuando por la situación que presenta el caso se hace necesaria derivación a otra institución. |
| | | | |
| Elaborado por: _____ | | | |
| Supervisado por: _____ | | | |

Fuente: Instrumento P-2 2P elaborado por el equipo académico del CSC.

Instrumento 5. Notas diarias

Formato clave ND-3P, esquematiza el formato que contendrá los datos recabados durante la sesión terapéutica, mismos que aportarán sustento al diagnóstico establecido, así como a la propuesta de tratamiento.

| Día | Hora | Notas |
|-----|------|---|
| | | En este espacio se registran las notas relevantes de cada sesión que se realice con el paciente, especificando fecha y hora de la consulta. |

Fuente: Instrumento ND-3P elaborado por el equipo académico del CSC.

Equipos colaborativos

El trabajo en las instituciones concibe una serie de aristas, entre ellas, el clima laboral, la dinámica relacional entre sus miembros, el trabajo en equipo, etc.; este último se halla íntimamente relacionado con la posibilidad de brindar un abordaje en conjunto, inter o multidisciplinariamente; para ello es necesario tener claridad y poder incidir desde ambos conceptos de manera más efectiva en las áreas de atención.

Según JAR (2010): “el trabajo multidisciplinario permite que los profesionales de distintos campos de acción, colaboren para solucionar un problema, utilizando las teorías de sus propias disciplinas”. Por su parte, “la interdisciplinariedad tiende a combinar las distintas metodologías, pudiendo crear nuevas disciplinas”.

Como en todos los ámbitos de atención al paciente, los centros de servicios clínicos que forman parte de las instituciones educativas, deben trabajar de manera colegiada, para alcanzar la eficacia en los resultados y trascender inter y extra institucionalmente; fomentando la comunicación, la colaboración y la puesta en práctica de los saberes de sus profesionistas y estudiantes que participan en un proceso de formación supervisada, involucrando las diversas áreas que lo conforman.

La integración de equipos interdisciplinarios ha resultado una forma inteligente para atender la demanda de atención en campos destinados a la salud de los individuos. La concepción de salud ha evolucionado de la queja del cuerpo hacia la identificación de estados de bienestar, en el aspecto emocional y funcional del ser humano, de tal modo que ahora llama la atención alguna distorsión, que puede ir desde aspectos sencillos del comportamiento, hasta afecciones que imposibilitan la inserción de la persona, entendiéndose niño, adolescente, joven o adulto, en sus ambientes inmediatos como familia, escuela, trabajo, etcétera.

Las problemáticas que se atienden en el CSC son variadas, de la competencia de cualquiera de las dos áreas de trabajo, pero se ha diseñado la estrategia para evaluar a pacientes que acuden al servicio de Terapia de la Comunicación Humana y que, tras la valoración en preconsulta y estudios médicos especializados, se considera que deben ser evaluados o atendidos a la par en servicio psicológico como auxiliar del tratamiento.

La labor realizada enlaza la experiencia del médico especialista en Terapia de la Comunicación Humana, la habilidad y pericia del licenciado en terapia de la comunicación, de los psicólogos clínicos y los profesionales con especialidades en neurocognición; en este equipo de profesionistas se unen los residentes ávidos por aprender y conocer de su campo de práctica y a la vez colaborar en otro.

Así, pueden encontrarse alumnos de ambas carreras en entrenamiento de estudios encefalográficos, audiométricos, en valoración psicológica, en psicometría y en estudios de lenguaje, entre otros. Cada uno en su especialidad, pero integrando saberes para conformar el espectro lo más completamente posible de la problemática a resolver.

El trabajo inter y multidisciplinario crea un método e implementa acciones hasta cierto punto definidas, pero con la flexibilidad para hacer las adecuaciones necesarias para aprovechar al máximo los recursos humanos, materiales e intelectuales con que se cuenta en este equipo de trabajo.

El resultado se encuentra en programas de atención en comunicación humana y un plan terapéutico en atención psicológica, que como parte del tratamiento se soporta en la vinculación y asesoría brindada a los padres de pacientes, que en muchos casos son menores de edad; si el caso lo amerita pueden ser derivados internamente a estudios de gabinete para corroborar o descartar diagnósticos, donde se involucren aspectos de tipo médico relacionados con el tema de la especialidad de nuestro campo de trabajo. Entonces, la valoración toma una relación bidireccional que va del psicólogo que evalúa los casos derivados del terapeuta de la comunicación y viceversa, beneficiando así la economía de tiempo y costos al paciente y al centro mismo, que consigue en tiempos óptimos generar cambios en la situación que se presenta en el paciente y con ello puede de nuevo continuar su vida con recursos más saludables.

La proyección del trabajo de este nivel se encuentra plasmado en investigaciones publicadas que versan sobre temas de evaluación, diagnóstico y explicación de fenómenos conductuales y funcionales en estudiantes de niveles básicos, hasta de nivel profesional; “narrativas de cuentos para la comprensión lectora en niños de edad preescolar”, “evaluación de la atención en estudiantes de nivel profesional” e intervención en grupos terapéuticos con líneas de trabajo en hiperactividad, musicoterapia, esquema corporal y otros.

Con evidencias como estas se puede afirmar que este tipo de trabajo en equipo se vuelve una de las herramientas más prácticas en la atención de la salud, dado que permite designar funciones y contribuir cada quien desde su área y con los elementos que recabe en la comprensión de la totalidad del fenómeno y sus interacciones con el contexto inmediato donde se ha formado.

Investigación y productos académicos generados en la práctica

En investigación se ha generado la experiencia de realización de proyectos con resultados <http://psicologiayterapia.mx/identidad/historia/> expuestos en publicaciones y con participación en diferentes foros de nivel local, nacional e internacional, quedando de manifiesto el propósito de hacer de la práctica un espacio de formación y generación del conocimiento, con aportes que emergen de la disciplina y dedicación del alumno investigador.

La supervisión clínica

El Centro de Servicios a la Comunidad de la FPYTCH, tiene como prioridad brindar servicios de calidad basados en el trabajo colaborativo, con la finalidad de aportar al paciente la posibilidad de un mejor abordaje y una integralidad en el servicio, para ello la atención al residente no puede estar exenta de la formación continua y la supervisión clínica constante, que fortalece las habilidades con las que el alumno cuenta.

Cabe decir que los terapeutas son considerados la base del trabajo clínico en el CSC, ya que es por y para ellos que se realizan planes de trabajo y las acciones mancomunadas entre las distintas áreas. De manera sintética, se puede decir que las tareas base de la clínica de Terapia de la Comunicación Humana son:

- Realizar evaluación clínica y por gabinete de los trastornos de la comunicación humana.
- Formación integral del alumno en el proceso de diagnóstico, identificando las necesidades de atención terapéutica para la habilitación y/o rehabilitación de los trastornos de la comunicación humana.

Por su parte, la práctica en la clínica de Psicología:

- Busca la formación integral en el campo clínico, que permita al alumno contar con las herramientas para el abordaje, partiendo del diagnóstico hasta llegar al tratamiento con el paciente.

La supervisión históricamente surge con la psicoterapia psicoanalítica WortHington (1987), en López, 1998. El término supervisión deriva etimológicamente del latín *super* = sobre y *videre* = ver,

es decir, visión desde arriba. Por lo tanto, denota una posición superior de alguien, desde donde ve algo. La supervisión es para que los residentes en entrenamiento trabajen y se desarrollen óptimamente con los usuarios del servicio psicológico y terapéutico en un espacio clínico; el objetivo principal es promover el crecimiento y la efectividad del supervisado.

El sentido de la supervisión es favorecer el desarrollo y la identidad profesional, el aprendizaje de una nueva forma de ser y actuar desde la orientación, ayuda y el acompañamiento por parte del supervisor, para una reflexión crítica de la propia práctica que lleva a una transformación en el ser, en el saber hacer y en el saber estar (Lobato, 1995, en Fuentes, 2010).

Esta (la supervisión), aunada al propio proceso terapéutico del estudiante, promueven además el desarrollo de las habilidades con las que ya cuenta, favoreciendo un cambio en aquellas donde se perciben carencias y/o dificultades, según Brammer (1979) citado por Rodríguez (2011), dichas habilidades (en el psicólogo) se relacionan con la capacidad de escucha, entendimiento, guía, interpretación y confrontación, entre otras.

Por su parte, Beck, A. et al. (1976) citados por Rodríguez (2011) y siguiendo a Rogers (1951), consideran además tres competencias básicas; aceptación, empatía y autenticidad, referidos como factores importantes para mantener la relación terapéutica, el *rapport*, la confianza básica y la colaboración terapéutica, de tal modo que el paciente evite percibir la relación con el terapeuta como amenazante.

Dentro del continuo seguimiento brindado al residente-terapeuta, quien para Virués, J. et al. (2003), basándose en el PIR (Programa de Internos en Residencia), alude a la formación de especialistas bajo mínimos requeridos desde el Ministerio de Sanidad y Consumo (1996); las rotaciones de los residentes y su tiempo de estancia en los ámbitos clínicos “el residente tendrá asignado uno o varios supervisores encargados de su docencia”.

Existen diversos modelos de supervisión y, cuando ya se ha elegido el modelo, entonces se debe precisar cómo se llevará a cabo, si será de manera grupal, en equipo o individual; grabada, narrada o en vivo, también se deben especificar horarios y criterios de la supervisión. El sustento del trabajo de supervisión en el CSC se relaciona con el modelo de atención clínica de cada uno de los supervisores, sin dejar de lado el esquema y organización establecida en el Centro.

La supervisión tiene aspectos educacionales de importancia, ya que permite al analista con experiencia transmitir conocimientos técnicos al supervisado en un espacio reflexivo y, por otro lado, también tiene aspectos formativos, ya que alienta el desarrollo de la empatía en el supervisado y desarrolla su sensibilidad para captar los contenidos latentes en las producciones verbales del paciente.

Sin embargo, lo sustentado por Veliz (2017) argumenta que es necesario además supervisar no solamente la capacidad relacional con el paciente, sino además la relación consigo mismo; el autocuidado y autoobservación, refieren al primero de estos como una de las características que favorecen el cambio terapéutico, aludiendo al *mindfulness* (técnica terapéutica) como una herramienta que potencializa tal acción y coincidiendo con el impacto negativo que el estrés puede tener en la atención clínica.

La autoobservación desde la misma orientación es vista como una habilidad donde es prioritario prestar atención en el momento presente y comprender realmente lo que se quiere observar, denominada por Varela et al. (1997) citado por Veliz (2017) como presencia plena-consciencia abierta.

En contraposición se hayan algunos obstaculizadores en el proceso terapéutico y diferencia en las habilidades del terapeuta; Ruiz y Cano (1999) citados por Rodríguez, M. (2011), mencionan la

falta de contacto visual, incapacidad para escuchar, falta de comprensión y una relación fría y distante, así como la falta de interés, el distanciamiento, la simpatía exagerada, actitudes de superioridad y una incompreensión de los sentimientos del paciente.

Es entonces prioritario identificar y prestar especial atención a través de la supervisión en las competencias del terapeuta, mismas que según Spuill, J. et al. (2004), citados por Loubat M. (2005), "implica tener los conocimientos, habilidades y aptitudes para realizar la tarea clínica psicoterapéutica"; categorizadas como, básicas, de planificación de la intervención y de evaluación de la intervención: la primera se vincula con las habilidades de relación, de comunicación, diferencias individuales y culturales; la segunda con la habilidad para la implementación del plan de tratamiento, manejo de situaciones especiales y habilidades para dar cierre al proceso; mientras la tercera consta de autoevaluación realizada por el residente-terapeuta acerca de su apreciación del propio desempeño, la utilización de la supervisión y de las consultas terapéuticas.

Por lo que para "enfocarse en las competencias del terapeuta, la categoría de las morfologías de conducta debe ser la base para identificar habilidades específicas que puedan estar relacionadas con formas de regular extra situacionalmente el comportamiento del usuario, tal como: modelar, dar instrucciones claras, explicar, auspiciar, esclarecer posibles consecuencias de distintos comportamientos, otorgar consecuencias al comportamiento del usuario (regañar, criticar, apoyar, reconocer logros, etc.), advertir, comparar, entrenar o prohibir" (Rodríguez, p. 222).

Así el trabajo que se realiza en el CSC-FPyTCH, consideró pertinente la elaboración de pautas a seguir para la supervisión clínica, mismas que tienen que ver con:

- a) Supervisar el quehacer clínico de los practicantes.
- b) Supervisar el cumplimiento del reglamento interno de la clínica por parte de los practicantes.
- c) Supervisar el óptimo llenado de formatos clínicos por parte de los practicantes.
- d) Apoyar en las sesiones de enseñanza continua.

Los supervisores son docentes de la propia institución, quienes de manera colegiada elaboran estrategias para la guía de los aprendizajes y supervisión de la práctica. De estas funciones específicas se derivan tres tareas implícitas a la vez en cada una de ellas: 1) cuidar el buen desarrollo de los procesos terapéuticos; 2) conducir al estudiante-residente en prácticas, para que identifique situaciones particulares de experiencia de vida que pudieran ser motivo de distorsión del proceso, o bien, representen obstáculos que limiten el alcance de los objetivos del plan terapéutico y, 3) motivar al estudiante a ser un agente que promueva la salud mental, incluso a nivel preventivo, de aquellos con quienes convive de manera cotidiana.

Ahora bien, en la interacción del trabajo clínico también existen peligros en razón de la posición implícita de maestro-supervisor con su alumno, existe el riesgo de que un supervisor que se autodenomine como experto pretenda que sus supervisados copien o adopten sus ideas y conductas clínicas. Esto es en parte, porque el terapeuta se forma en un proceso de aprendizaje, en el sentido literal de la palabra. La meta de la supervisión por lo tanto, es producir terapeutas que perfeccionen lo aprendido.

La supervisión cuenta con un formato de registro, el cual pretende iniciar al alumno en una autoevaluación de las condiciones que le presenta el caso que atenderá, de tal modo que cuando supervise, ya tenga claridad en el motivo que presentará en la sesión de supervisión. La pregunta central es: ¿qué necesito supervisar?, ¿mi duda está en el diagnóstico?, o, ¿tengo alguna duda en el tratamiento y/o en el modelo de intervención?

Este formato debe presentarse cada vez que el alumno supervise y debe haber llenado las cuatro primeras columnas. La correspondiente a sugerencias, es el producto del análisis de la situación presentada en la supervisión y contiene las recomendaciones de lectura, técnicas o intervenciones que el equipo propone para el mejor desempeño del residente, la optimización del recurso de los espacios terapéuticos y, por ende, el alcance de los objetivos del plan terapéutico. Al concluir, el supervisor firma la hoja, misma que será requisito en la evaluación.

A continuación, se presenta el formato de registro de la supervisión, con clave RDS-8P, como el último de los instrumentos que conforman el apartado de registro de formatos de la práctica clínica del residente adscrito al Centro de Servicios a la Comunidad de la Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana.

Instrumento 6.

HOJA DE SUPERVISIÓN

Alumno: _____ Nivel: R1 R2 R3 SS

Supervisor: _____ Periodo: del _____ al _____

| Fecha | Núm. Exp. | Paciente/Edad | Elementos a supervisar | Sugerencias | Firma del supervisor |
|-------|-----------|---------------|------------------------|-------------|----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

Fuente: Instrumento elaborado por el equipo académico del CSC.

El objetivo de realizar esto es estandarizar los criterios de los supervisores con respecto al propósito y metas de la supervisión. Al ser tarea compleja donde confluyen varios factores, se llegó a un acuerdo general: el propósito de la supervisión es enseñar y estimular las habilidades del terapeuta en formación. La supervisión como tal, además permite identificar los estilos personales de intervención y las señales isomórficas que pueden presentarse en el proceso de atención de pacientes de psicología.

La supervisión en ambientes clínicos precisa de un experto entrenado en esta tarea, que pueda ser visto como tal por tener la autoridad académica de puntualizar en las intervenciones y brindar criterios, que pueden ser factor de evaluación de los desempeños; este saber, representado por el supervisor, puede adquirir un estilo que promueva la higiene mental como elemento preventivo en el ámbito de la práctica formativa de los terapeutas.

Conclusiones

El modelo de la práctica residencial asistida por el marco de la supervisión permite al psicólogo clínico en formación desempeñarse de acuerdo con su nivel formativo, le adiestra para realizar trabajo en equipo y le posiciona en el tipo de servicios que puede prestar acordes a sus recursos teóricos, metodológicos y psicoafectivos. Alguien siente, piensa y hace. Sea como fuere, la secuencia es recursiva y se particulariza de acuerdo con las personas y las situaciones (Ceberio y Linares, 2010).

Al supervisor le presenta la posibilidad del perfeccionamiento de técnicas de intervención, lo profesionaliza y coloca en una posición de experto que le exige la actitud de proteger al usuario del centro y al alumno, en el marco del escenario terapéutico.

Al equipo inter y multidisciplinario, le genera espacios de crecimiento profesional y el establecimiento redes de apoyo intelectual, a la vez que proyecta los conocimientos generados y los dispone para ser valorados y utilizados por otros profesionales.

A los residentes en práctica supervisada les aporta los elementos teórico-prácticos y fomenta el desarrollo de habilidades de intervención eficaces, a la vez que estimula y estructura el carácter del investigador dotándolo de los recursos necesarios para atreverse a postular nuevos descubrimientos en estas disciplinas del saber humano. Los supervisados no actúan solos, comparten sus experiencias, resuelven problemas y aprenden unos de otros; ponen en acción su inteligencia emocional, sus competencias para la relación interpersonal y su capacidad para contener al otro, así como la tolerancia al ser confrontados (Vázquez y et al., 2015).

El trabajo psicoterapéutico sistematizado con fines formativos implica una triple dedicación del estudiante; por un lado debe asumirse como responsable de un procedimiento dirigido a la promoción de la salud emocional, desde el momento en que atiende a un usuario de los servicios inherentes a la profesión que estudia; junto a esta tarea, él mismo continúa con su carácter de aprendiz, y por lo tanto continúa en las aulas. A estas dos tareas se suma el trabajo personal por la propia estabilidad emocional. Jiménez (2004) plantea como requisito básico para el terapeuta en formación o experimentado, la tan eficaz supervisión clínica y el autoanálisis, aludiendo a lo siguiente: "nadie puede dar de lo que no tiene y ustedes compañeros... dan salud mental".

Por su parte, Coderch (1987) citado por Jiménez (2004) refiere:

- Todo terapeuta debe pasar por la experiencia de la psicoterapia que lo conecte con su mundo psíquico, con el sufrimiento de todo ser humano, con su propia dinámica personal, sus figuras objetales y su desarrollo de la personalidad.
- La reproducción en un espacio terapéutico de las relaciones objetales, facilita la superación de los conflictos gracias a la elaboración, dando paso a la aparición de la personalidad sana, sensible, adaptable, flexible, que en sus vínculos adultos se caracteriza por la independencia y libertad.

Podemos darnos cuenta entonces de las implicaciones y trascendencia del propio autocuidado, con ello la posibilidad de un acompañamiento más "cobijado" para el paciente. La noción del otro ayuda a ubicarse en un contexto distinto dentro del proceso, que en parte se puede traducir de la siguiente manera: "el terapeuta y su intervención solo será el gatillo y la última será entendida como una reorganización de la experiencia del paciente determinada por el mismo paciente y no por el terapeuta" (Jiménez, A. 2004), teniendo entonces sí al terapeuta como estímulo para cambio de conductas, pero accediendo a la posibilidad de hacerse inevitablemente cargo sí mismo.

Una de las posturas frente al trabajo del propio terapeuta en formación con acciones de rebeldía proactiva, promueve la propia capacidad de aceptación, el reconocimiento de sí mismo y del otro, en la búsqueda de despatologizar su propia mirada y la de los otros, siendo cocreativos de su propia historia dejando de lado el “miserabilismo”, para poder evolucionar en su quehacer como psicólogos noveles o experimentados.

La supervisión clínica es un proceso donde se aprende a mirar y mirarse en el contexto que brinda el espacio terapéutico; finalmente, al estudiante le permite distinguir sus modos de actuar ante el paciente, al supervisar se atreve y evidencia su capacidad de centrarse en la escucha, le habilita en la categorización de los síntomas en función de sus referentes teóricos y con ayuda de su guía se crea un tiempo de reflexión e introspección donde puede identificar sus debilidades para el trabajo profesional, así como fortalecer experiencias de aprendizaje.

El trabajo supervisado en el CSC, al ser colaborativo, permite la identificación por parte del estudiante la recepción de diversas perspectivas sobre el caso a tratar, evitando el vicio de la propia interpretación y/o quedándose con la sola acepción del supervisor a cargo; al mismo tiempo la retroalimentación se da de manera circular, favoreciendo el desarrollo de todos los miembros implicados. La supervisión en vivo si bien genera redes de apoyo al estudiante, lo enfrenta a la realidad de sus propias carencias como terapeuta, dando paso a la identificación de áreas de oportunidad y crecimiento no solo a nivel didáctico sino personal.

Lo anterior no dista de la realidad propuesta por Brammer (1979), quien considera al estudiante como promotor del desarrollo de sus propias habilidades, en sintonía con la guía del docente, coadyuvando al progreso del alumno, tanto en su desempeño terapéutico como individual. Considerando además la perspectiva de Veliz (2017) donde la importancia de evaluar-supervisar el área personal, como parte nodal para la mejora en la intervención como profesionales de la salud; importa entonces la capacidad de observar al otro, aunque primordialmente interesa poder auto-observarse como profesional para poder encauzar de manera eficaz el abordaje previsto.

La planificación e intervención tendrán impacto toda vez que el psicólogo o terapeuta puedan identificar además de desarrollar sus habilidades de comunicación, aquellas que según Spuill et al. (2004), citados por Loubat, (2005), serán objeto de observación y evaluación por el supervisor a cargo, quien como sucede en el CSC marca la pauta para la autoevaluación del propio desempeño del residente, de no ser así se corre el riesgo de caer en conductas erráticas y sobrevalorar el trabajo realizado frente al paciente, pudiendo perder contacto con la esencia del proceso terapéutico.

La supervisión se vuelve integral al considerar el quehacer clínico, la normativa, la didáctica y la formación continua; enfoque establecido por el CSC-FPyTCH, tomando como referencia elementos como lo propuesto por (Rodríguez, 2011) que sugiere:

- “Enfocarse en las competencias del terapeuta, la categoría de las morfologías de conducta debe ser la base para identificar habilidades específicas que puedan estar relacionadas con formas de regular extra situacionalmente el comportamiento del usuario”.

Al respecto, Vázquez et al. (2015) afirman la importancia del aporte teórico-práctico en la práctica supervisada, el cual se ve fortalecido por el desarrollo en el estudiante de la capacidad de innovación y la resolución de conflictos al aprender de otros; de sus pares y los expertos.

Cabría entonces revisar aquellos casos donde el estudiante tras recibir la instrucción por parte del docente y el monitoreo propio de la supervisión, continúa con dificultades para comprender y

desarrollar de manera efectiva su labor frente al paciente, valorando como posibilidad un estilo particularizado de enseñanza, según su propio estilo de aprendizaje o los problemas concomitantes al mismo.

Con lo anterior que se ha observado que aquellos estudiantes que aprovechan la oportunidad de aplicar los saberes adquiridos son quienes tienen la certeza que junto a ellos está la figura de un experto capaz de sugerir modelos de intervención y establecer un protocolo de supervisión como garante de la conducción eficaz del saber hacer.

Referencias

- Argüelles, A. (1996). *Competencia laboral y educación basada en normas de competencia*. México: Limusa, Noriega Editores.
- Castañeda, M. (2015). *Especificidades del expediente clínico. Diagnóstico clínico y diagnóstico Gestalt*. México. Recuperado de <https://psiquemc.files.wordpress.com/2015/04/especificidades-del-expediente-clinico.pdf>
- Ceberio, M. y Linares, J. (2010). *Ser y hacer en terapia sistémica: la construcción del estilo terapéutico* (1a. ed.). Buenos aires: Paidós.
- Ciberón, J. P. (2009). *Enfoque estratégico y formación de terapeutas*. *Terapia psicológica*, 27(1), 129-142. Recuperado de <http://teps.cl/files/2010/05/art13.pdf>
- Comunicación Social de la Universidad Juárez Del Estado de Durango. (23 de enero de 2018). La Facultad de Psicología y Terapia de la comunicación Humana ofrece servicios a la comunidad Recuperado de <https://www.ujed.mx/noticias/2018/01/la-facultad-de-psicologia-y-terapia-de-la-comunicacion-humana-ofrece-servicio-a-la-comunidad>
- Cruz, J. P. (2009). *Enfoque estratégico y formación de terapeutas*. *Terapia psicológica*. Universidad Adolfo Ibáñez, Chile, vol. 27, núm. 1, pp. 129-142. Sociedad Chilena de Psicología Clínica en <http://teps.cl/files/2010/05/art13.pdf>
- Dirección de Planeación y Desarrollo Académico-UJED. (2006). *Modelo educativo de la Universidad Juárez del Estado de Durango*. Recuperado de http://famen.ujed.mx/doc/Modelo_educativo.pdf
- Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana de la Universidad Juárez del Estado de Durango. (s.f.). *Identidad: Psicología UJED*. Recuperado de <http://psicologiyterapia.mx/identidad/historia/>
- Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana de la Universidad Juárez del Estado de Durango. (2009). *Plan de Estudios de la licenciatura en Psicología*. Durango. Recuperado de <http://psicologia.ujed.mx/documentos/avisos/P-e-p.pdf>
- Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana de la Universidad Juárez del Estado de Durango. (2011). *Plan de estudios de la licenciatura en Terapia de la Comunicación Humana*. Recuperado de <http://psicologia.ujed.mx/documentos/avisos/P-e-tch.pdf>
- Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana de la Universidad Juárez del Estado de Durango. (2016). *Manual de Titulación de la Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana*.
- Fuentes, Martínez, M.E. 2010. *La supervisión clínica: un espacio de aprendizaje psicodinámico en la formación del psicoterapeuta psicoanalítico*. Consultado el 5 de febrero de 2014. <http://www.cartapsi.org/spip.php?article110>
- Haley, Jay (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Ibarra P. (2013). *Manual de Operaciones del Centro de Servicios a la Comunidad. Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana*. Durango: Ibarra.
- Jar, A. (2010). Trabajo interdisciplinario e interinstitucional: ser o no ser. *Revista Argentina de Microbiología*, 42 (1): 1-3. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=213014884001>
- Jiménez, A. (2004). Terapeuta de terapeutas en formación. *Revista Colombiana de Psicología*, 13: 33-36. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401304>
- Linares, J.L. (1996) *Identidad y narrativa: La terapia familiar en la práctica clínica*, Barcelona: Paidós.
- López, C. M. A. (1998). *La supervisión en la psicoterapia, Modelos y Experiencias*. México: Universidad Iberoamericana, Golfo Centro.

- López, M. I. (1991). El papel de la supervisión en el desarrollo de la identidad del psicoanalista. *Cuadernos de Psicoanálisis*, números 3 y 4. vol. XXIV. México, julio-diciembre: Asociación Psicoanalítica Mexicana, A. C.
- Loubat, M. (2005, diciembre). Supervisión en Psicoterapia: Una posición sustentada en la experiencia clínica. *Terapia Psicológica*, 23 (2): 75-84
- Medina, E. (2017, 2 de marzo). 20 Años de psicología en la UJED. *El sol de Durango*, Recuperado de <https://www.elsoldedurango.com.mx/columna/20-anos-de-psicologia-en-la-ujed>
- Ministerio de Salud (2008). *Norma técnica para el manejo del expediente clínico y Manual de análisis del expediente clínico*. Managua, Nicaragua. Recuperado de http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=566-indicador-4-n-4-expidiente-clinico-fch&category_slug=documentos-proyecto-holanda&Itemid=235
- Norma Oficial Mexicana. *Diario Oficial de la Federación*, México, 15 de octubre de 2012.
- Othmer, E. y Othmer, S. C. (1996). DSM-IV. *La entrevista clínica*. Barcelona, España: MASSON.
- Palacios López, A. (2002). *La supervisión en la enseñanza del psicoanálisis*. Documentos internet. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana, A. C.
- Quiroga-Garza, A. (2011, enero-diciembre). *Revista Mexicana de Psicología Educativa (RMPE)*, ISSN en trámite, 2(1): 51-62. Competencias profesionales del psicólogo clínico en la complejidad: desarrollo de proyectos multi-aplicación. [http://www.psicol.unam.mx/silviamacotela/Pdfs/RMPE_2\(1\)_051_062.pdf](http://www.psicol.unam.mx/silviamacotela/Pdfs/RMPE_2(1)_051_062.pdf)
- Rodríguez Campuzano, M., y Salinas Rodríguez, J. (2011). ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES TERAPÉUTICAS: ALGUNAS CONSIDERACIONES. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16 (2): 211-225. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29222521001>
- Santamaría, A. (1985). El uso y el abuso del poder en la formación psicoanalítica. *Cuadernos de Psicoanálisis*. núm. 3, 4 - 1 y 2. volúmenes XVII - XVIII. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana, A. C.
- Santiesteban, T. y Vázquez, E. (2009) *Las competencias en psicología*. Resumen de la Conferencia sobre Competencias: Direcciones Futuras en Educación y Psicología Profesional 2002. Documento de trabajo de la UJED. Durango.
- Soria, R. (2012). *Modelo estructural de Terapia familiar sistémica*. En: Rodríguez, M y Landa, P. (Comp). Modelos de psicología clínica y su aplicación. México: Pax.
- Vázquez, E, Hernández, M., Martínez, P y Santiesteban, T. (2015). *Supervisión efectiva, terapeutas efectivos: la experiencia en la Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana de la UJED*. Uaricha, vol. 12, núm. 28, pp. 13-20. Recuperado de http://www.revistauricha.umich.mx/ojs_uaricha/index.php/urp/article/view/25 Fecha de acceso: 01 oct. 2017
- Velarde, C. (2004, junio) La Teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva de Reuven Feuerstein. *Investigación Educativa* [S.l.], 12(22):203-221 ISSN 1728-5852. Recuperado de <http://revista-sinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/educa/article/view/3887>
- Veliz, C. (2017). *Habilidades del terapeuta y mindfulness*. Recuperado de <http://www.clinicapsicologica.org.ar/numero.php?idn=33>
- Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVI, (2): 232-240. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281952112010>
- Virúes Ortega, J., y Santolaya Ochando, F., García Cueto, E., y Buela Casal, G. (2003). Estado actual de la formación PIR: actividad clínica y docente de residentes y tutores. *Papeles del Psicólogo*, 24 (85): 37-47. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808505>



5

CAPÍTULO

Niñez y migración

Dayana Luna-Reyes
Eneyda Rayo Varona
Felipe Olmos Ríos
Georgina Lozano Razo
Javier Zavala Rayas
Juan Martín Sánchez Bautista
María de la Luz Pérez Padilla

María Dolores García Sánchez
María Elena Rivera Heredia
María Teresa Solorio Núñez
Rebelín Echeverría Echeverría
Santos Noé Herrera Miranjos
Silvia del Carmen Miramontes Zapata
Teresita Castillo León
Teresita Concepción Campo Marín

“Había una vez una niña que tenía dos abuelitos que se fueron a Estados Unidos por que ydaair a dera sus hijos pero no tenían dinero para irse pero su troca no funcionada y tudieron que pidia prestao y se fueron la niña quedo llorando” (niña, Zacatecas).

Introducción

La migración siempre ha acompañado a la humanidad, y con el transcurso del tiempo, hasta la actualidad, es cada vez más compleja, siendo un fenómeno mundial. En este sentido, Reyes (2015) considera que los flujos migratorios internacionales pueden ser considerados como uno de los grandes fenómenos globales en tiempos actuales, de tal forma que difícilmente algún país o región geográfica escapa a esta práctica o puede mantenerse ajena a sus consecuencias. Es prácticamente imposible que algún punto geográfico del planeta no tenga algún proceso migratorio (al menos interno), en la búsqueda de nuevas oportunidades de quienes migran y generalmente se asocian con aspectos económicos, por lo que se pretende que los países con economías sólidas sean el punto de destino.

Centrándonos en la región latinoamericana en general y México en particular, se enfrenta un serio desafío. La migración representa, por un lado, las fuertes contradicciones y el grado desigual de desarrollo de las sociedades que viven en el continente, evidenciando las dificultades de miles de ciudadanos para lograr una vida con el mínimo de satisfactores básicos que les permitan sobrevivir. Por otro lado, implica una serie de problemas sociales, legales, culturales, médicos, psicológicos, etc., para los que buena parte de las políticas públicas tradicionales no están preparadas: nuevos desafíos de integración social y de tolerancia cultural en un mundo crecientemente competitivo y tenso (Petit, 2003), debido a la globalización.

Como ya se mencionó, los flujos migratorios internacionales obedecen principalmente a motivaciones económicas vinculadas con la búsqueda de mejores oportunidades de empleo, que permitan a los inmigrantes mejorar sus condiciones de vida; sin embargo, existen otros problemas involucrados en el desarrollo de esta práctica: conflictos políticos y sociales, tales como movimientos armados, hambrunas, epidemias; o problemas naturales como sequías, inundaciones u otros desastres. México tiene una larga tradición migratoria, por ejemplo, el Programa Bracero (implementado en el año 1942, como un acuerdo entre el gobierno de Estados Unidos y México), que puede ser explicado principalmente por la expulsión de nuestra mano de obra que busca oportunidades de empleo. Diversos grupos poblacionales de múltiples regiones del país han incrementado los flujos migratorios temporales (circulares) y permanentes hacia Estados Unidos. Al respecto, durante el periodo 2005-2010, Guanajuato fue el principal expulsor de emigrantes hacia el país vecino con 182 960 personas, equivalente al 10.08% del flujo total de connacionales que en algún momento cruzaron la frontera norte del país; le siguieron en orden de importancia Michoacán con 153 570 emigrantes (8.46% del flujo total); Jalisco con 151 260 emigrantes (8.33% del flujo total); Estado de México con 124 070 emigrantes (6.84% del flujo total) y Veracruz con 108 900 emigrantes (6% del flujo total) (Reyes, 2015; Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2012). Para 2015, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Migración (INM, 2017), la población proveniente del Estado de México tuvo el mayor número de migrantes que cruzan la frontera sin documentos, seguido por Guanajuato y Puebla.

Se estima que en 2010 radicaban en el vecino país alrededor de 11.9 millones de personas nacidas en México, ahora bien, si a esa cifra se le suma la población de origen mexicano, su monto aumenta a poco más de 33 millones. De estos últimos, 21.1 millones nacieron en Estados Unidos (11.2 millones de segunda generación y 9.9 millones de tercera generación). Estas cifras convirtieron a nuestro país en el de mayor inmigración en la Unión Americana, incluso por encima de

grandes regiones del mundo como Asia (que en pocos años será el de mayor flujo migratorio a Estados Unidos), Europa y el resto de América Latina. Para 2010 los mexicanos representaban el cuatro por ciento de la población total de ese país y alrededor del 30% de la población inmigrante. Sin embargo, en los últimos años se ha observado una disminución en los flujos migratorios mexicanos que se dirigen hacia Estados Unidos. Los motivos tienen que ver con la recesión de la economía estadounidense que ha afectado negativamente en los niveles de empleo y condiciones laborales de la población inmigrante mexicana, pero también con el contexto político y social más adverso hacia la inmigración procedente de México, sobre todo a partir de la llegada de Trump a la presidencia de los E.U. (CONAPO, 2012).

La migración internacional, no solo la de México-Estados Unidos, genera múltiples consecuencias positivas y negativas no solo en los ámbitos demográficos y socioeconómicos en ambas naciones, sino además, trae consigo un cambio drástico en la escena social y familiar que la vive, ya sea porque el padre, la madre o ambos parten dejando atrás a sus hijos, o porque el traslado de toda la familia trae consigo la confrontación con un contexto que la mayor parte de las veces es desconocido, hostil, que reacciona con diversas formas de resistencia al que llega del extranjero y en el que el migrante no encuentra el mucho o poco capital social que tenía en su país de origen. Esto significa que la familia, y en particular sus miembros más débiles (las mujeres y los niños) viven usualmente con la migración una situación de alta vulnerabilidad; es decir, un aumento de los riesgos y la posibilidad de que sus derechos se vean dañados o su integridad afectada (Sottoli, 2012; Petit, 2003).

La migración, posiblemente trae consigo cambios en el bienestar psicológico, al respecto existen una serie de planteamientos teóricos que intentan explicar esta relación, entre los cuales se encuentra el enfoque de los sucesos vitales, los cuales son aquellos relevantes en la vida de las personas. Arias (2012) menciona a los siguientes autores como puntos de referencia en el estudio de los sucesos vitales: Foster (1999) fue el primero en investigar los sucesos vitales de las mujeres universitarias y sus implicaciones para su educación; Meyer, (2005) menciona la importancia de los sucesos vitales en la provocación de tensiones nerviosas a lo largo de la vida de un individuo. Y es con Holmes que los sucesos vitales se empiezan a sistematizar, planteándose una diferencia entre ellos y los sucesos cotidianos. Mientras que los primeros ocurren eventualmente y se asocian con elevados niveles de estrés por su naturaleza traumatizante, los segundos se experimentan de forma rutinaria y no se relacionan con estrés crónico o clínicamente significativo. El proceso migratorio trae consigo una serie de eventos importantes que pueden producir cambios estresantes en los patrones rutinarios de la conducta, tanto en los que se van como en los que se quedan, lo que puede repercutir en su salud física y mental (Sánchez y Jaramillo, 2014).

Para muchos puede ser incomprensible (excepto para los que están inmersos en este hecho); las historias de migrantes exitosos (además de la falta de oportunidades) impulsan a otros a irse en busca del sueño americano. La migración supone un impacto psicológico en el inmigrante y en la familia que deja en el país de origen, que también vive una situación de duelo (Rodríguez, 1982; Salaberría et al., 2008). La migración suele involucrar frustración, dolor o sufrimiento, pero sobre todo, expectativas de un futuro mejor, que incluso los lleva a arriesgar la vida al intentar cruzar ilegalmente. La migración se considera como un factor de riesgo tanto a nivel psicosomático como psicopatológico y, por ello, debería tenerse en cuenta desde un punto de vista sanitario y psicosocial (Tizón, Salamero, Pellegrero, San-José, Sáinz y Atxotegi, 1992).

De acuerdo con Petit (2003), la migración del padre/madre o ambos provoca que la crianza de los niños se vea fuertemente impactada. La partida del padre genera, en muchas ocasiones, inestabilidad económica, incertidumbre sobre el futuro familiar, pérdida de coherencia y cohesión de la unidad familiar, la ruptura de vínculos, desaparición de referentes familiares, dificultades escolares, que pueden ir desde bajo rendimiento escolar hasta deserción, incursión en actividades delictivas, sobrecarga de la figura materna que asume además el rol de padre con el consiguiente aumento del estrés y depresión de la mujer, entre otras situaciones. Es así que toda experiencia migratoria temporal o definitiva implica crisis dolorosas cuyos efectos pueden sentirse inmediatamente en el migrante y su familia, nuclear y extensa. Para muchos las historias de felicidad, infelicidad, de ganancias, de pérdidas en la migración arrancan desde la infancia y se llegan a prolongar por varios años; una forma para aliviar el dolor de los hijos por la ausencia de algún progenitor es diciéndoles que otros han pasado por lo mismo. Si bien puede ser una forma de proveer apoyo no hay que perder de vista que la pérdida en cualquier circunstancia es dolorosa y requiere tiempo y apoyo, en especial de los más cercanos (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] y Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2002; Villavicencio, 2008).

Por otra parte, se ha observado que una mayor exposición a experiencias migratorias, en la familia o en la comunidad, abriría desde el imaginario del joven la posibilidad de, a su vez, migrar en un futuro cercano a Estados Unidos (hipótesis de la cultura de la migración). La migración podría verse, en este sentido, como un rito de paso o como una alternativa más atractiva que la escuela para lograr la movilidad social o para alcanzar el estándar y estilo de vida que los jóvenes desean (Giorguli y Serratos, 2004; Meza y Pederzini, 2009). A esta hipótesis se puede sumar el efecto que la migración causa en el contexto familiar, lo cual viene a alterar la dinámica cotidiana. La ausencia del padre, de la madre o de ambos por periodos más o menos prolongados debido a la migración modifica las relaciones familiares y puede generar conflictos dentro del hogar o deterioro en los lazos afectivos, además la exposición a la migración de otros tendría un impacto negativo en la permanencia de los jóvenes en el sistema escolar, entre otros efectos. Ahora bien, en el caso de los varones, se observa una inserción más temprana en el mercado de trabajo, situación menos frecuente para las adolescentes, en cambio, se observa una mayor concentración de ellas en el trabajo doméstico (Giorguli y Serratos, 2004). Moctezuma (2011) utiliza el término *familias transnacionales* para referirse a aquellas que tienen uno o varios miembros migrantes con los cuales mantienen lazos económicos, afectivos y sociales que traspasan las fronteras; esto conlleva un cambio de roles y formas de interacción, con potenciales repercusiones negativas para los núcleos familiares y comunitarios.

Falicov (2008) hace referencia a la pérdida ambigua (concepto propuesto por Pauline Boss) para describir situaciones en las cuales la pérdida de un miembro de la familia es confusa, incompleta o parcial, descripción que se ajusta a la experiencia de migración, la cual representa los dos tipos de pérdida ambigua planteados por su autora: por un lado, las personas están físicamente ausentes pero presentes en la mente de la familia. Por otro lado, la nostalgia y el estrés por la ausencia puede dejar a algunos miembros de la familia psicológicamente ausentes, aun cuando físicamente se encuentren presentes.

Para Boss (2001), la pérdida ambigua es la más estresante de todas las pérdidas que se puedan experimentar en las relaciones personales, debido a la incertidumbre que la caracteriza. La estructura familiar cambia en la mente de sus miembros ocasionándoles confusión y estrés, por lo cual

desde el punto de vista psicológico, la familia se vuelve importante en los esfuerzos por reducir el dolor. Según Boss (2001), a pesar del enorme estrés que provoca la situación se le puede encontrar sentido a la pérdida, es decir, se le puede ver como una situación productora de algún beneficio. Al explicar el por qué algunas personas se ajustan a una situación traumática con mayor facilidad que otras de su mismo grupo que también la viven, se concluye que uno de los fenómenos que pueden proporcionar una posible explicación es la resiliencia.

Al respecto, Boss (2001) señala que la familia utiliza algunos secretos, mitos y rituales; por ejemplo, explicar el suceso como la voluntad de Dios para darse una explicación de la situación que está viviendo, construye una realidad más o menos tolerable que le signifique menos dolor; de acuerdo con este autor; las familias recurren también a recursos de negación, lo que dificulta el crecimiento de los miembros de la familia.

Por su parte, Olea y Roque (2010) mencionan que el tener un padre semipresente, disponible solo por teléfono y otros medios de comunicación, pero que se ausenta por largos periodos, impacta significativamente en el desarrollo psicosocial de sus hijos, situación que han podido corroborar Aguilera-Guzmán, Salgado de Snyder, Romero y Medina-Mora (2004). Esta situación resalta la importancia de las redes sociales que las familias que se quedan a esperar al padre migrante tengan establecidas; contar con estas redes de apoyo significa otros lazos afectivos que les brinden apoyo y seguridad para adaptarse a la nueva dinámica, por lo general se trata de miembros de la familia extensa como abuelos, tíos, vecinos, amigos, entre otros (Suárez-Orozco, Todorova y Louie, 2002).

Para Hurtado, Rodríguez, Escobar, Santamaría y Pimentel (2008), algunos de los trastornos psicósomáticos de mayor frecuencia que se relacionan con una depresión postergada, ocasionados por la partida de parientes y amigos con un vínculo afectivo significativo, corresponden a dificultades en vías respiratorias, problemas cardíacos, deficiente circulación sanguínea, disfunción renal entre otras. Por su parte, Grinberg y Grinberg (2000) describen que los efectos de la migración propician desgaste emocional porque generan demasiados conflictos, originando dificultades que afectan a la persona que migra y a su entorno (familia que deja). Consideramos que estas situaciones influyen en la personalidad del individuo, y su adaptación o fracaso frente al proceso de migración dependerá de su estructura psicológica y su momento vital.

Hurtado et al. (2008) hacen referencia a la película titulada *Al otro lado*, del director Gustavo Loza, como un claro ejemplo que representa la dura realidad que produce el fenómeno de la migración. Las dolientes historias de familias de migrantes, cuyos protagonistas son tres niños de culturas diferentes que comparten el mismo sentimiento, la ausencia del padre, y cómo en el afán de glorificar la figura del padre ausente se lanzan a la aventura de buscarlo "al otro lado". Este tipo de historias demuestra que "los que se quedan" son familias quebrantadas y la herida de sus integrantes es permanente y acumulativa por la tensión que produce el distanciamiento o la pérdida total de la persona que se fue, y por la presión social que, en el caso de la esposa o madre, hace que el rol de género sea algo agotador. A su vez, Alvarado y Núñez (2006) señalan que se presenta un cansancio asociado con malestar cuya expresión de angustia son los sentimientos de culpa y hostilidad reprimidos. No obstante, las pérdidas de la migración no son totalmente claras, completas e irrevocables, como ya se mencionó, son ambiguas porque se tiene la esperanza de un posible retorno del que se fue.

Desarrollo

Resulta importante conocer la percepción que los niños tienen sobre el proceso migratorio, ya que permite reconocer experiencias, sentimientos, pensamientos y un punto de vista diferente al de los adultos, de ahí la importancia de los hallazgos que a continuación se presentan como resultado de un proyecto conjunto titulado “Niñez y migración”, realizado en el marco de los trabajos de la Cátedra CuMex, los equipos de investigación participantes forman parte de la Red de Psicología Social y comprenden a la Universidad Autónoma de Yucatán, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Universidad de Guadalajara (Centro Universitario de los Lagos) y Universidad Autónoma de Zacatecas.

Yucatán

Se trabajó con 155 participantes; de ellos 77 fueron niñas y 78 niños, cuyas edades fluctuaron entre los 9 y los 12 años. Todos ellos eran estudiantes de nivel primaria en escuela pública y participaron estudiantes entre tercero y sexto grados. El estudio se realizó en cinco escuelas primarias públicas localizadas en las cabeceras de dos municipios del estado de Yucatán: uno ubicado en el sur del estado y con amplia trayectoria migratoria, y el otro localizado al centro del estado y con historia más reciente en cuanto a migración se refiere. En ambas poblaciones se dan diversos tipos de migración: a la capital del estado, al estado vecino de Quintana Roo, pero sobre todo la migración internacional, principalmente ilegal a Estados Unidos, pero también legal a Canadá.

Respecto al procedimiento, primeramente, se solicitó a la dirección de cada una de las escuelas la autorización para trabajar con sus estudiantes. Para ellos nos presentamos como docentes de la Universidad Autónoma de Yucatán y explicamos a grandes rasgos las características del proyecto. Ya con la autorización recibida, establecimos acuerdos sobre la calendarización de visitas para realizar el trabajo de campo en cada una de las escuelas. En una población fue necesario visitar varias de sus escuelas primarias para cubrir una cuota similar a la de la otra población en la que solo se visitó una escuela.

Al llegar a cada uno de los salones nos presentamos con los y las estudiantes, y les pedimos que se formaran en equipos pequeños para que el grupo de investigación se dividiera, de modo que en cada subgrupo hubiese un integrante para dar seguimiento a la actividad. En subgrupos pedimos a los niños que nos dijeran si sabían lo que era la migración y que nos contestaran simplemente sí o no. Fueron realmente muy escasos los niños que nos dijeron que no sabían lo que era y de manera muy breve se les explicó en qué consistía. Su conocimiento del tema se debe a que son municipios con alta densidad de familias con integrantes migrantes. No se excluyó a ningún niño/niña de participar, pero posteriormente solo se eligió analizar aquellos dibujos que hubiesen reportado información en cuanto a tener familiares migrantes, principalmente papás, mamás, hermanos o tíos.

Una vez respondida la pregunta sobre si sabían lo que era migración, se les pidió que realizaran de manera individual un dibujo sobre ese tema en la parte en blanco de las hojas que se les entregaban en ese momento. Se les preguntó si querían usar sus propios colores o si requerían que les prestáramos algunos. En general, prefirieron utilizar los propios. Conforme iban concluyendo la elaboración de su dibujo les pedimos que voltearan las hojas y respondieran las preguntas. Les comentamos que, si tenían alguna duda, podían preguntar. Cada integrante del equipo monitoreaba la realización de la actividad en el subgrupo que le tocó. Cuando un niño concluía con la actividad

salía del salón y afuera había otro integrante del equipo encargado de realizar actividades lúdicas. Al final les agradecemos a todos los niños y niñas por su participación.

Para el análisis de la información, primeramente, elegimos aquellos de niños que tuvieran parientes migrantes, y luego hicimos una siguiente selección considerando los dibujos y respuestas que estuvieran más claros, directamente relacionados y detallados. Con esto logramos la muestra de 155 participantes mencionada anteriormente. Cada dibujo fue escaneado y las respuestas transcritas en una tabla que incluía descripción detallada del dibujo, reproducción literal de la historia, definición y demás respuestas a las preguntas. A partir de las respuestas se realizó un análisis de contenido, considerando diversos aspectos como los temas recurrentes, actores, emociones, factores y consecuencias, entre otros.

Los resultados que se presentan a continuación se enfocan en los siguientes aspectos: concepto de migración, razones de la migración, evaluación de la migración, razones de por qué es buena y mala, y algunos elementos característicos de los dibujos.

Con respecto al concepto, la respuesta generalizada giró alrededor de que migrar significa irse a vivir a otro lugar, lejos. En la mayoría de los casos de los participantes esto significa viajar a otro país por lo que en las definiciones es común encontrar alusiones a cruzar la frontera.

Es cuando una o varias salen de su pueblo natal para conseguir trabajo en otro país (niña de 9 años).

Porque esa persona pasa la frontera sin que nadie la vea para buscar trabajo, para mantener a su familia (niña de 11 años).

Se deja ver que es una condición elegida, pero destaca que es algo que se decide para tener trabajo, a partir de querer mejorar las condiciones de vida, de tener más oportunidades y con ello lograr una mejor calidad de vida, incluso varios de los participantes hicieron referencia a cumplir el sueño americano. Se asume que en el lugar de origen no hay trabajo o que este no permite ganar el dinero suficiente para tener condiciones adecuadas de vida.

Es una elección para conseguir dinero (niño 13 años, Yucatán).

Es cuando te vas a vivir a otro lugar para buscar trabajo y tener una buena vida porque en tu pueblo no buscas trabajo y no tienes nada que comer (niña 12 años, Yucatán).

Para los participantes, la migración tiene una connotación familiar; no es un asunto individual o una elección personal. Es algo que se hace por la familia. Por ello, se considera que al migrar se tendrá un trabajo que permitirá tener dinero y con ello se podrá ayudar a la familia que entonces contará con dinero para comer mejor, poder comprar cosas, poder continuar estudiando, entre otros beneficios.

Cuando la gente se va a otro lugar a trabajar para ganar dinero y mantener a su familia (niño 12 años, Yucatán).

Porque se fue a trabajar por mí (niña 9 años, Yucatán).

De ahí que, en términos generales, la migración se percibe como algo positivo por las razones ya mencionadas, y fue más positivo para los niños y niñas que viven en la población con una trayectoria antigua de migración. Pero también tuvo una fuerte carga negativa, lo cual está asociado principalmente con dos ideas. Por un lado, el hecho de migrar para vivir en un lugar lejos, significa que la familia se separa y dejas de ver a personas que quieres, las pierdes, por lo que se les extraña y esto genera tristeza. Por otro lado, por los peligros que implica el acto de migrar, tanto al cruzar la

frontera (por tener que cruzar el desierto o por toparse con la *migra*), como en cuanto a los posibles peligros una vez instalados en la ciudad de destino pues la policía puede descubrirte y llevarte a la cárcel, o te pueden robar o sufrir discriminación. En su lado negativo, desde la perspectiva de los niños y niñas, la persona que migra puede sufrir daños e incluso morir.

Mala. Porque extrañamos a los que se van (niña 9 años, Yucatán).

Mala. Cuando inmigras a otro lugar corres el peligro de no sobrevivir en el desierto (niña de 11 años, Yucatán).

Mala. No conoces la ciudad y te pueden robar (niño 10 años, Yucatán).

Estas respuestas coincidían con los dibujos y las historias relatadas. Sin embargo, los dibujos mostraban algunos elementos adicionales a lo ya dicho. Por ejemplo, fue común que los niños mostraran el contraste entre su lugar de origen y el lugar de destino. Respecto al primero era común pintar casas, animales, a la familia, árboles, flores, caminos; mientras que respecto al lugar de destino se pintaban rascacielos, calles, carros.

Otros dibujos destacaban el momento de la partida donde suelen presentarse sentimientos encontrados; por un lado, caras felices, pero también gente llorando. En algunos de estos dibujos se hace alusión al medio de transporte usado, siendo el autobús el dibujado con mayor frecuencia, seguido de los aeroplanos, dada la distancia entre Yucatán y la frontera, por lo que la gente junta dinero durante algún tiempo para poder llegar al *norte* en avión. Finalmente, muchos dibujos presentan el momento del cruce de la frontera, mostrando las principales barreras encontradas. Así, algunos destacan el río, el desierto con su calor y animales ponzoñosos y el muro con la policía migratoria.

Al conversar con los niños y niñas sobre sus dibujos e historias se dejaba ver que eran relatos contruidos a partir de lo que sus propios familiares les habían contado que habían vivido al migrar. Fue interesante distinguir en algunos relatos cómo la migración poco a poco se va asociando a otros fenómenos como el narcotráfico, al relatar que a veces implica pasar droga.

Porque a veces cruzan droga (niño 11 años, Yucatán).

Hay veces no (es buena) porque es para pasar drogas (niña 11 años, Yucatán).

Jalisco

Los participantes del estudio fueron niños entre ocho y diez años de edad de escuelas primarias públicas de municipios de estos cuatro estados, ubicados unos en zonas rurales y otros en zonas urbanas. Los niños cursaban tercero, cuarto, quinto y sexto grados de primaria. En total se obtuvieron 653 participantes distribuidos por sexo de la siguiente manera: Michoacán, 56 niños y 59 niñas; Zacatecas, 38 niños y 48 niñas; Hidalgo, 55 niños, 57 niñas y 2 no especificaron; Yucatán, 71 niños y 92 niñas, y Jalisco, 107 niños y 67 niñas.

A los niños se les pidió hacer un dibujo de lo que para ellos era la migración, y que escribieran una historia con base en el dibujo. Se hicieron algunas preguntas abiertas sobre por qué se daba la migración, cómo era la migración para ellos, si buena o mala y por qué; de sus respuestas se hizo un análisis de categorías y una interpretación del contenido narrativo y de los dibujos de los niños, identificando aspectos en común y diferentes, con base en la expresión de emociones y lo que las ocasiona. La tabla 5.1 muestra las definiciones de dichas categorías.

Tabla 5.1 Categorías de análisis (Jalisco).

| Nombre de las categorías | Definición |
|---|---|
| Sucesos sociales que desencadenan emociones | Hechos relacionados con la migración que reportan los niños, tanto en sus narrativas como en sus dibujos, donde los asocian con un sentimiento o emoción. |
| Emociones agradables | Emociones que se manifiestan tanto en el dibujo como en la narrativa de los niños y muestran bienestar en la persona, como sonrisas, abrazos, alegría, felicidad. |
| Emociones desagradables | Emociones que se manifiestan tanto en los dibujos como en las narrativas de los niños y muestran estados de incomodidad, insatisfacción o intranquilidad como la tristeza, el enojo, el abandono, la soledad. |

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a los resultados, se observa lo siguiente: los hechos que suceden alrededor de la migración y que los niños viven directa o indirectamente a través de los discursos y narrativas de los adultos influyen en las percepciones y emociones de los niños (Ramos, 2009), así como algunos aspectos psicosociales, de tal forma que los peligros de la migración en el cruce, etc., son algunos de los hechos que los niños mencionan en sus narrativas y proyectan en sus dibujos, principalmente cuando la migración se hace de manera indocumentada.

Los niños refieren diferentes hechos globales y otros, personales. Dentro de los hechos globales está la violencia la cual es percibida por los niños tanto por hechos discriminatorios como físicamente violentos. Así también, la desigualdad social, la falta de oportunidades y la explotación de los recursos naturales también percibida por los niños y asociada con la migración. Aquí un ejemplo de la narrativa de un niño:

Una ves las aves estaban en un lugar muy bonito lleno de árboles, plantas, agua etc... pero las personas lo destruimos pues los señores talaban árboles y tiraban basura lo que ocasiono que no lloviera y se secura, así que las aves tuvieron que migrar a otro lugar para poder sobrevivir y llegaron a un lugar donde las personas lo cuidaban y si llovía mucho pues no tiraban tanta basura Conclusión: Yo creo que los mexicanos no tendríamos que migrar a otro país pues si los presidentes tuvieran un poco de consciencia para que pusieran más trabajos y no emigrara.

Este niño hace una analogía de cómo los seres humanos, si no tienen las condiciones necesarias para lograr una vida digna, también se ven forzadas a buscar otros lugares para vivir, para tener bienestar.

Así también, el contexto sociocultural de los niños influye en su percepción y emociones respecto a la migración. Se observan diferencias en los niños que participaron en este estudio; aquellos que tienen familiares directos manifiestan desde la preocupación por los seres queridos que se van y por los peligros que les acechan, además porque extrañarán a ese familiar que se va: el padre, la madre, hermanos, etc. Esto se observó especialmente en los estados con mayor intensidad migratoria: Michoacán y Zacatecas; en este último se comenta que la necesidad de migrar es para satisfacer necesidades básicas y por otro lado en Jalisco, los niños mencionan de manera más

frecuente motivaciones a la migración de orden emocional o de desarrollo. Para el caso de Yucatán, los niños narran muchas historias de migración del pueblo a la ciudad del mismo estado para mejorar su calidad de vida; en Hidalgo los niños refieren mucho a la migración de mariposas y pájaros; y niños de Michoacán y Zacatecas muestran cómo las redes sociales que se han tejido en torno a la migración son de años y de generaciones.

Las condiciones de los entornos, en cuanto al acceso a fuentes de empleo también parece influir. Niños que son de comunidades rurales comentan que sus familiares tienen que partir porque ahí ya no hay trabajo ni para comer, por lo que para los niños la necesidad económica se antepone al precio emocional que implica la partida de un ser querido.

Con estos ejemplos se puede ver cómo los niños se percatan de su contexto socioeconómico a través de la construcción social que hacen de la experiencia propia y el discurso de los adultos. De acuerdo con Lazarus (1993) en su teoría cognitiva de las emociones, menciona cómo según la expectativa y los recursos con los que se cuentan un individuo responderá emocionalmente ante las diferentes situaciones estresantes de la vida, además del significado que los sucesos tengan para este. Los niños son influidos por los significados de los adultos, los cuales pueden mostrar en ocasiones una visión favorable de la migración pero en otras no y en otras se vive ambivalencia en toda la experiencia. Para algunos niños la migración representa algo positivo y expresan alegría por ella, para ellos esta representa prosperidad, salir de la miseria, mejorar la calidad de vida, tener trabajo para sus padres y familiares:

Cuando una persona se traslado a Estados Unidos para trabajar para mandar dinero porque en México no había empleo (niño, Zacatecas).

Respecto a las emociones experimentadas por los niños, es sobre el cruce donde más énfasis hacen los niños; manifiestan sentimientos de victoria y admiración cuando se logra el cruce, pues lo ven como una meta, la cual ayudará a conseguir trabajo y dinero logrando en automático un sueño, pero también expresan preocupación por el peligro que implica cruzar de manera indocumentada.

Adaptarse a múltiples cambios puede ser un factor de riesgo y alerta para que se presenten psicopatologías, por lo que implica en los sentimientos y emociones del niño, la familia es fundamental ya que lo que suceda dentro de esta afecta a todos sus integrantes. La pérdida de un miembro de la familia por migración implica un duelo en ella, que puede vivirse con consecuencias tanto sociales como psicológicas. Sin embargo, como la pérdida es ambigua, de alguna manera complica el proceso de duelo ya que la familia con migrantes y no migrantes tiene que reorganizarse (García-Ledesma y Suárez-Castillo, 2007; Boss, 2001; López-Pozos, 2009; Puyana y Rojas, 2011).

Tanto los que se van como los que se quedan viven pérdidas; para quienes se van hay un trastorno adaptativo llamado Síndrome de Ulises (Achótegui, 2008) y a las esposas que se quedan, el Síndrome de Penélope (López-Castro; 2006) ya que las mujeres también psicomatizan mucho del estrés que viven, los niños lo perciben al dibujar rostros tristes en las mujeres que se quedan y es que las esposas de migrantes, tienen dobles cargas (González-Calvo, 2005) además de vivir sentimientos tales como: dolor, tristeza, soledad y falta de apoyo cuando los maridos o hijos no se encuentran, por tal se apoyan en hermanas o padres para soporte emocional, salud y económico (Polanco y Jiménez, 2006). Por otro lado, para los niños no se ha definido un síndrome, pero muchos de los niños hijos de migrantes se viven abandonados (López-Pozos, 2009), dejados, separados, olvidados, principalmente cuando no hay un acercamiento o comunicación, les preocupa que la migración implique que la familia se separe y no volver a verla.

Habia una vez una niña que tenía dos Abuelitos que se Fueron a estados unidos por que ydaair a dera sus hijos pero no tenían dinero para irse pero su troca no Funsionada y tudieron que pidia prestao y se Fueron La niña quedo llorando” (niña, Jalisco).

Michocán

Nota introductoria: La mayor parte de la información que se presenta en este apartado es una síntesis del trabajo reportado por Rivera-Heredia y Rayo Varona (2015) en el capítulo denominado “Migración y transnacionalidad desde una mirada infantil. El caso de dos comunidades michoacanas de alta tradición migratoria”.

Ciento dieciséis estudiantes de nivel básico formaron parte de este estudio, de los cuales eran 59 niñas y 57 niños de 9 a 12 años; todos ellos se encontraban en instituciones públicas de dos municipios cercanos a Morelia, la capital del estado, los cuales son Indaparapeo y Álvaro Obregón con 16,427 y 20,913 habitantes respectivamente, de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2010). Se utilizó una técnica de recolección de datos que consistió en la elaboración de un dibujo temático denominado “Migración y familia”, el cual acompañaron de narraciones y respuestas a preguntas planteadas por los investigadores. Inicialmente se pidió a los participantes que escribieran en una hoja en blanco si eran niñas o niños, su edad, grado escolar, nombre de la escuela y si eran hijas o hijos con padre, madre u otro familiar migrante. También se les solicitó que indicaran si no tenían familiares migrantes. Esto con la intención de poder diferenciar a las personas con y sin la experiencia de migración dentro de su familia. Posteriormente se les dio la consigna de realizar en esa misma hoja un dibujo sobre el tema de “La migración y la familia”. Después de haber realizado el dibujo, se les pidió que en la parte posterior de la hoja escribieran un breve relato de lo que dibujaron. Finalmente, se les pidió que definieran la migración, que dieran su punto de vista respecto a si esta era buena o mala y que proporcionaran sus razones para dicha respuesta. El tiempo de la aplicación fue libre.

Todos los dibujos y narraciones fueron numerados y clasificados en una cédula diseñada para la sistematización y análisis de la información, tanto para la parte visual correspondiente al dibujo, como a la parte escrita correspondiente a la narración.

Respecto a los resultados los niños y niñas participantes consideran que los principales motivos para migrar son la búsqueda de trabajo y el deseo de tener más dinero, también mencionan que se da por querer salir de la pobreza.

Dibujan y describen con mucha precisión los riesgos a los que se exponen los migrantes que cruzan la frontera sin papeles. En sus dibujos y narraciones se puede observar una serie de elementos que hacen referencia a distintos tipos de riesgo que los migrantes tienen que enfrentar: cruzar el desierto, atravesar el río (Bravo) nadando, esquivar a los guardias que vigilan la frontera, así como el hambre y el frío que pueden pasar; aunados a la posibilidad de detención, encarcelamiento o incluso, la muerte. La frontera, como concepto y como símbolo, está presente en gran parte de los dibujos, al igual que *la migra* y el riesgo de ser enviado a la cárcel o deportado a México. Sin embargo, el conocimiento de estos riesgos no detiene a quien tiene el ímpetu o el interés por migrar, ya que pareciera que ser migrante es un rol social que está muy bien posicionado ante la mirada infantil. Los migrantes podrían considerarse incluso como figuras o modelos aspiracionales. La migración no solo es una estrategia para alcanzar dinero, sino también popularidad, la cual sirve para ganar estatus en las comunidades y ser mejor vistos por sus familias.

Por otra parte, en los relatos de los niños y las niñas participantes sobresalen aspectos relacionados con el consumo y el bienestar económico; tales como los regalos que les traen sus familiares migrantes y los beneficios de las remesas, la idea de viajar y de recorrer el mundo. El principal medio de transporte de sus familiares migrantes es el avión. Asocian a la migración con viajar y visitar a la familia, así como con recibir visitas de los tíos, primos y diferentes familiares migrantes.

Se pudo observar que en muchos de los niños y niñas participantes existe una desconexión o falta de información por parte de sus familiares en torno al esfuerzo físico y emocional que les ha implicado trabajar en Estados Unidos, ganar dólares y venirlos a gastar a México con la familia. Los niños que no tienen familiares migrantes, a diferencia de los niños y las niñas participantes que sí los tienen, ponen mayor énfasis en sus dibujos y narraciones en que a través de la migración pueden viajar, conocer muchos lugares y divertirse.

Por su parte, los niños y niñas con familiares migrantes sí hacen referencia a los costos emocionales de la migración: a nivel afectivo les preocupa que la migración implique separarse de la familia, no volver a verla, que sus padres formen una nueva familia y no volver a saber de ellos, así como extrañarles y quedarse solos.

A continuación se presentan algunas las categorías de análisis para algunas de las preguntas que se realizaron a los participantes.

Tabla 5.2 Narraciones de las niñas y niños michoacanos en torno a la migración.

| Categorías de análisis | Ejemplos de narraciones de las niñas y los niños michoacanos |
|---|--|
| Concepto de migración | <p>“Viajar a un país diferente”.</p> <p>“Cuando se tienen que ir a trabajar a otro lado”.</p> <p>“Es cuando se alejan los familiares”.</p> <p>“Es cuando la gente cruza el desierto y llega a otro lugar”.</p> <p>“Cuando un familiar se va a otro país por la condición económica y social”.</p> |
| Argumentos negativos en torno a la migración | <p>“Nos separa de nuestra familia”.</p> <p>“Los familiares que se van a veces ya no regresan en donde está su familia”.</p> <p>“Tienes familia y si te vas ya no los puedes ver y los dejas solos”.</p> <p>“La gente se va y ya no vuelve nunca”.</p> <p>“Corren muchos riesgos como morir en el río o que los asesinen”.</p> <p>“Porque no es tierra de ellos”.</p> <p>“Te puede agarrar la migra”.</p> <p>“Los meten a la cárcel”.</p> |
| Argumentos favorables en torno a la migración | <p>“Pueden ganar dinero trabajando”.</p> <p>“Van a buscar trabajo para mantener a su familia”.</p> <p>“Es divertido viajar”.</p> <p>“Ayuda a las personas para estar con sus familiares”.</p> <p>“Porque allá si hay trabajo”.</p> <p>“Ayuda a las personas a salir de la pobreza”.</p> |

Fuente: Elaboración propia.

Los niños y niñas michoacanos de comunidades rurales presentan conocimientos cercanos y certeros sobre los motivos de la migración, los riesgos que implica, así como algunas de sus ventajas y desventajas. A pesar de los riesgos del cruce de la frontera, y del dolor emocional de tener a sus familiares lejos de ellos, hay múltiples elementos asociados con la migración que los niños

y niñas evalúan como positivos, y que son de tipo aspiracional. Añoran viajar, conocer el mundo y regresar fortalecidos, ya sea con dinero, logros, o experiencia de vida, tal como lo han visto en sus familiares y amigos.

Hidalgo

En la investigación participaron 118 niños (59 niños y 59 niñas) que cursaban tercero y sexto grados de primaria en instituciones públicas, con un rango de edad de entre 8 a 12 años. Dichos participantes pertenecían a los municipios de Omitlán de Juárez y Actopan, Hidalgo. Respecto a las comunidades participantes, el municipio de Actopan tiene 56 429 habitantes, mientras que Omitlán de Juárez cuenta con 9 636 habitantes (INEGI, 2010); y, de acuerdo con los Principales Resultados de la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015), el 5.6% de los ingresos monetarios de los hogares hidalguenses, son provenientes de remesas enviadas por personas que trabajan y residen en otro país. Ambas comunidades son consideradas de alta marginación y densidad migratoria (INEGI, CONAPO; 2012) en donde las personas deciden irse a trabajar a Estados Unidos por periodos de 2 a 5 años.

El procedimiento del trabajo de campo fue el siguiente: se realizó en cada uno de los grupos una charla inicial en la que se les preguntó qué sabían de la migración permitiendo que, a manera de lluvia de ideas, se expresaran de forma voluntaria sobre el tema. Posteriormente se le proporcionó a cada niño y niña una hoja de papel en la que venían diez preguntas respecto a la migración pidiéndoles que las contestaran individualmente. Después, proporcionándoles lápices de colores, se les pidió que hicieran un dibujo sobre “migración y familia”; y que posteriormente escribieran una historia, un breve relato o que describieran su dibujo. Para finalizar, se les invitó a participar en una charla grupal donde, de manera voluntaria, presentaran su dibujo y su narración sobre el mismo, o expresaran cómo se sentían con la actividad e intercambiaran experiencias sobre la migración de algún familiar.

Para la sistematización de la información se elaboraron matrices de concentrado de datos numéricos como cantidad de niños y niñas, edades, grados, etc. Para la recuperación de los datos cualitativos de la experiencia se elaboraron bitácoras de trabajo de campo a partir de los aplicadores de dibujos.

También se analizaron los contenidos manifiestos del dibujo, así como los elementos más frecuentes y representativos en los dibujos de los niños y niñas, dejando de lado aspectos como los colores y las formas, ya que se trata de un análisis de representaciones gráficas de la experiencia migrante y los elementos significativos que los niños y las niñas asocian con dicho proceso.

A continuación, presentaremos algunos de los resultados obtenidos a través del trabajo de campo con niños y niñas del estado de Hidalgo.

En la escuela primaria del municipio de Omitlán de Juárez 57% de los niños y niñas participantes contestó tener uno o dos familiares que emigraron a Estados Unidos en busca de trabajo; 25% señaló tener cuatro o más familiares como tíos, primos o abuelos y 15% dice no tener ningún familiar que haya emigrado.

En la escuela primaria del municipio de Actopan, el 57% dice tener de uno a dos familiares migrantes; 37% tiene tres familiares y el cinco por ciento a más de cuatro familiares que emigraron fuera del país.

El 40% de los niños participantes tiene un padre migrante, 35% a tíos, 16% a primos y el cinco por ciento a la madre. El 82% de los niños tienen familiares migrantes a Estados Unidos, 15% dice

que sus familiares emigraron a la ciudad de México; y el dos por ciento a otro país. Respecto al conocimiento sobre migración, el 65% le significa cambiar de lugar de origen, e ir de un lugar a otro; el 15% dice que la gente emigra por razones económicas, por desempleo y por no tener dinero; la finalidad es mejorar su calidad de vida.

A la pregunta respecto de si consideran buena o mala a la migración, 42% contestó que es buena; 39% que es mala y 19% que es a la vez buena y mala. Como podemos observar, no hay un porcentaje significativo entre las y los niños que aseguran que la migración es buena o mala, se trata de una diferencia mínima; sin embargo, es notable ver que existen más factores diferenciados que representan a la migración como mala, relacionándola con la pérdida o el distanciamiento en los vínculos familiares, el riesgo de enfermar o morir, la pérdida en el desierto o ser picado por algún animal, el tener problemas con las autoridades estadounidenses y ser discriminado por no ser del lugar. Por su parte, las razones sobre la migración como buena, giran torno al acceso al trabajo y con ello a obtener dinero y mejorar sus condiciones de vida.

“La migración es mala porque sus familias se alejan” (niña, 12 años).

“La migración puede ser buena porque encuentras trabajo y mala porque alguien te hace menos porque no eres de ahí” (niño, 11 años).

En el análisis de los dibujos temáticos, identificamos algunos aspectos que indicaban patrones repetitivos sobre la migración y que hacían referencia a la experiencia del familiar migrante representado por las niñas y los niños. Comentamos, de manera general, algunos de dichos aspectos.

Fue cotidiano observar que en los dibujos, las niñas y los niños, representan de forma *contrastada el espacio mexicano y el estadounidense*. Establecen diferencias entre el lugar de procedencia y el lugar de destino. Con respecto al espacio de Estados Unidos fue representado como una zona industrializada, con edificios con carteles de vacantes laborales, con carreteras y autopistas; es decir, zonas altamente urbanizadas. En relación con el espacio mexicano, se le representa con desierto, poca vegetación, árido, casas rústicas, animales como víboras, tarántulas y zopilotes. Letreros que dicen “desempleo”, calaveras con la palabra “muerte” y diferentes personas caminando o tiradas en el suelo muertas o a punto de estarlo.

La *representación de la frontera* entre ambos países se hace a través del río Bravo o a través de una muralla con diferentes diseños; muros, mallas, rejas, barreras acompañadas por personas ensangrentadas tratando de saltarlas, personas gritando o en su caso personas nadando y ahogándose. Son representativas también las escaleras en sus dibujos, escaleras recargadas del lado mexicano con hombres tratando de subirlas.

En 92% de los dibujos se representa la migración de algún familiar hacia Estados Unidos. En los dibujos se representa a la *migración como un acto de desplazarse* ya sea por escaleras, caminos o carreteras. Es importante notar que en algunos de los dibujos se identifica el camino entre las ciudades de Pachuca y México rumbo a Estados Unidos; los niños ponen el nombre de las ciudades, pueblos o lugares por los que hay que pasar para migrar hacia el *norte*. En el camino se encuentran también algunos elementos hostiles como el desempleo, la *migra*, armas, sangre, calaveras, navajas, pirañas y víboras. También es notoria la presencia de cruces que simbolizan a las personas migrantes muertas en el camino y en la frontera. Se representa al emigrar como un camino o trayectoria.

Otro aspecto que identificamos en los dibujos es el *medio* de traslado hacia Estados Unidos. Por lo general se dibuja a las personas, la mayoría hombres, caminando largos tramos en el desierto, personas viajando en carros o en trenes y personas nadando.

Es importante resaltar que en los dibujos se representan algunas *dinámicas psicosociales* presentes en cada uno de los espacios. En el lado de Estados Unidos dibujan policías matando a mexicanos, helicópteros sobrevolando la frontera, personas muertas; letreros de “migra” y “sin pasaporte”. Y por el lado mexicano, es más cotidiano encontrar familias donde la mamá y los hijos están llorando despidiendo al padre.

Con respecto a las *personas que migran*, en los dibujos se representan por lo general a hombres que, de acuerdo con las narraciones o por su identificación mediante nombre, puede ser el padre y/o los tíos. Por lo general van en parejas, con algún familiar, ya sea los hermanos o los primos; o con algún conocido que vive en la propia comunidad. Pocas veces son representadas mujeres como la madre, la tía o la hermana. En ningún dibujo aparecen niños o niñas migrando.

Otro aspecto que aparece en los dibujos es el *riesgo como representación de emigrar*. Por lo general se presentan historias trágicas que terminan con muertes de familiares. Historias de violencia y abandono. Persecuciones con helicópteros. Policías estadounidenses matando a personas migrantes. La muerte de hermanos y demás familiares. No faltan representaciones de muerte, sangre y dolor.

También podemos identificar en los dibujos la representación de *aspectos socioafectivos y emocionales*. Expresiones como tristeza, llanto, silencio, enojo, agresividad, son cotidianamente encontradas en el espacio mexicano, a menos que se trate de una escena donde se muestra el regreso del padre, donde se expresan sonrisas y el estar contentos, abrazos y corazones simbolizando amor y cariño entre los miembros de la familia.

“Mi dibujo se trata de un señor que tiene que viajar a otro país para una mejor calidad de vida para su familia, pero su hijo que tiene 6 años lo va a extrañar mucho y estaba triste, porque no sabe si va a regresar. Su papá va a viajar de México a Estados Unidos” (niña, 11 años).

Las ausencias de los familiares las hacen presentes en sus dibujos, aun cuando el familiar o familiares han muerto. La ausencia también los acompaña en el relato de sí mismos y de sus familiares.

“Había una vez una familia muy triste, era pobre y querían buscar trabajo y pensaron en emigrar pero pensaron que no se tenía que ir toda la familia y sólo se fue el hombre y se fue... y la familia esperaba” (niña, 11 años).

Es constante en sus relatos el deseo del retorno del familiar y por consiguiente la espera que muchas veces se describe a partir de los años que el familiar permanece en el extranjero, los años que el niño o la niña tiene que esperar para “ser grande” o mayor de edad y poder también emigrar a Estados Unidos, o en su caso, la espera como una noción de tiempo medida entre las llamadas del familiar y la vida cotidiana en el aquí y ahora de la vida del niño o de la niña “mientras se está a cargo de la abuela”, de la tía o mientras vive con los primos.

Con respecto a las narraciones sobre los dibujos podemos comentar, de manera general, que se trata de narraciones de las experiencias de vida de los familiares al emigrar, mostrando relatos con historias trágicas, sombrías, de experiencias negativas. Algunas de las historias terminan con la muerte del familiar, teniendo un final triste y desafortunado. Son historias de violencia, enojo, abandono. Algunos relatos expresan el extrañar a quien migró y otras narran el regreso del familiar migrante, quien regresa con dinero para trabajar terrenos, construir casas y vivir de manera diferente.

En el registro observacional de una de las charlas grupales realizadas al final de la actividad, un aplicador menciona que un niño comentó que "... los policías mataban a las personas que cruzaban a Estados Unidos, que hacían explotar los autos, que los mexicanos debían esconderse para que no los mataran, que sus familias los extrañaban, pero era bonito pensar que regresarían a su casa con dinero para trabajar los terrenos" (Docente aplicador, Registro observacional).

La descripción de los peligros del emigrar, las posibilidades de fracaso y de muerte, así como la vivencia de la ausencia son recompensados con dinero mediante el trabajo; permaneciendo la idea del retorno y más aún, identifican un final en el que quien retorna mejora su calidad de vida.

"Había una vez una señora que estaba muy triste en el pueblo y migró a la ciudad para comer, tener trabajo y ser feliz" (niña, 10 años).

"Mucha gente que va de migración pone su vida en riesgo, ellos salen para un buen trabajo, para encontrar a su familia" (niña, 10 años).

Guzmán y Lewin (2006) mencionan que la experiencia migrante, ya sea vivida desde la propia persona o a través del familiar migrante-ausente es un proceso que atraviesa la vida de los niños, que en muchos de los casos puede traer problemas de identidades colectivas, desestructuración comunitaria y violencia social. Pensamos también que puede configurar las expectativas de vida de las niñas y los niños, no por nada durante la charla de cierre, cuando se les preguntó quiénes se irían, cuando fueran adultos, a trabajar a Estados Unidos, todos contestaron que sí, menos cuatro niños. Los niños configuran y construyen expectativas donde la migración está presente a lo largo de su vida, ya sea como deseo de emigrar a Estados Unidos o como posibilidad de alguna vez tener la experiencia.

Zacatecas

Se trabajó con 50 estudiantes que cursaban la educación básica (primaria de cuarto quinto y sexto grados), entre los 10 y 13 años, habitantes de la cabecera municipal de Jerez, Zacatecas. Para lo cual, primeramente se solicitó autorización a las autoridades administrativas de diversas escuelas primarias en la cabecera municipal de Jerez, una vez que se obtuvieron los permisos, asignados los horarios y grupos de las escuelas; el trabajo con los participantes inició con el saludo y la respectiva presentación por parte de los investigadores, después se les preguntó si sabían sobre la migración, una vez que se confirmó que entenderían el concepto a desarrollar, se procedió a entregarles una hoja de papel bond tamaño carta. Proporcionándoles las siguientes instrucciones: "En la hoja que se les entregó van a anotar su grupo, edad, si son niñas o niños, si tienen familiares migrantes, quiénes son esos familiares". Se otorgó un tiempo para escribir dicha información, posteriormente se les indicó: "Ahora volteen su hoja y hagan un dibujo acerca de la migración, cuando lo terminen escriban una historia acerca de lo que trata su dibujo". El tiempo para llevar a cabo el dibujo fue libre, oscilando entre 20 y 40 minutos, cuando entregaban la hoja se revisaba que no faltaran datos y se les agradecía su participación.

A continuación, se presentan los datos generales de los participantes; como puede observarse en la tabla 5.3, 14 estudiantes cursaban cuarto año al momento de la aplicación, 21 quinto y 15 sexto grado. En la mayoría de los casos el migrante es el papá, en siete casos, además del papá se reporta a la mamá también como migrante. En importante mencionar que dos (una niña de quinto

y otra de sexto grado) de las participantes se definen como migrantes, debemos señalar que Zacatecas actualmente vive un proceso de retorno de familias completas a la entidad.

Tabla 5.3 Datos generales (n = 50).

| Grado | Género | | Migrante | | | \bar{X} edad | |
|--------|--------|-------|----------|-------|--------------|----------------|------|
| | F | M | Papá | Mamá | Hermanos(as) | F | M |
| Cuarto | 8 | 6 | 11 | - | 4 | 8.1 | 10 |
| | 28.5% | 27.2% | 30.5% | - | 22.2% | | |
| Quinto | 11 | 10 | 15 | 4 | 5 | 10.5 | 10.7 |
| | 9.2% | 45.4% | 41.6% | 57.1% | 27.7% | | |
| Sexto | 9 | 6 | 10 | 3 | 9 | 11.8 | 11.8 |
| | 32.1% | 27.2% | 27.7% | 42.8% | 50% | | |
| Total | 28 | 22 | 36 | 7 | 18 | | |
| | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | |

Fuente: Elaboración propia.

En relación con el análisis de los dibujos realizados por los participantes se generaron cuatro categorías, mismas que se presentan a continuación. En las categorías se muestran dos o tres dibujos a partir de los cuales se permite ejemplificar a la categoría y algunas de las narraciones que escribieron los participantes.

Quienes migran: en esta categoría se hace referencia a los elementos de la familia que han emigrado; en este caso particular, nos concentramos en aquellos niños que explicitaron la migración de miembros de la familia nuclear y extensa, y que el destino haya sido Estados Unidos.

Habitualmente los migrantes son los varones, tal como lo comenta en su relato un niño de 10 años: *“Mi papá se fue a Estados Unidos de emigrante, lo perseguía la policía”*. Debemos señalar, que el fenómeno migratorio hace partícipes no solo al padre, sino también a los hermanos y hermanas, como señala una niña de nueve años, quien comenta que sus hermanos no han regresado, existiendo la posibilidad de ni siquiera llegar a conocerlos: *“Yo no tengo historia porque mis hermanos nunca han venido”*. En otras narraciones la familia completa vive este fenómeno como se describe: *“Una familia quería ir a los Estados Unidos para conseguir un trabajo y vivir muy bien, pero no tenían el dinero suficiente, así que se fueron por el desierto”* (niña de 11 años).

Los motivos (económicos, riñas, mudanza o gusto): a partir del escrito de un participante de nueve años: *“Muchas personas tienen que migrar por razones diferentes, como la economía y por la seguridad”*. Se ha argumentado que la motivación primordial de la mayoría de hombres y mujeres migrantes es mejorar sus condiciones de vida y las de su familia a partir de un mayor ingreso económico en dólares; otra niña corrobora este hecho a través de su narración: *“La migración muchas veces se origina por la falta de dinero, trabajo, etc. y por eso la gente prefiere irse a otro lugar para poder salir adelante”* (niña de 12 años). Suele ser habitual la experiencia de migrar como un evento con penurias, tal como una niña de 11 años lo describe: *“Mi hermana emigró en el 2006 hacia Estados Unidos, a mi sobrina la pasaron para allá con papeles de otra niña. Mi hermana quería conocer el*

sueño americano. *La deportaron dos veces, a la tercera si pasó... allá la vida es muy dura, discriminan mucho por ser mexicanos y el trabajo no es muy bien pagado en el campo*".

Efectos (económicos, emocionales): El fenómeno de la migración ha sido reconocido por sus repercusiones importantes en el funcionamiento psicológico y social de los que en él participan (Salgado, 1996,). Una niña de 10 años expresa dicho impacto de la siguiente forma: *"Había una señora y un señor, no tenían mucho dinero y el señor se fue al otro lado dejando su hijo y su mujer, cuando iba lo agarraron, la señora llorando y llorando y su hija preguntaba ¿y mi papá? Y la señora no le contestaba, cuando creció le dijo la verdad y ella se puso a llorar"* (niña de 10 años). El predominio de migración de hombres solos puede conducir dentro del ámbito familiar a la desintegración de la familia y a la crianza de generaciones de infantes sin la figura paterna y en ocasiones materna. Así que la migración no solo puede tener efectos en el ámbito familiar y comunitario sino que puede producir cambios sobre la salud física y mental. Una niña de nueve años menciona: *"La vida de un migrante es siempre fuera de su país y estar lejos de su familia porque viajan a todas partes y así nunca ven a su familia"*.

Símbolos (vehículos, frontera, bandera, desierto, policía fronteriza, etc.): los símbolos relacionados con el fenómeno migratorio son claramente perceptibles en los dibujos realizados por los niños participantes en esta investigación: banderas de ambos países, el muro, el desierto, el río y la migra.

Es habitual que la niñez con padres (uno o ambos) de migrantes manifiesten emociones como la tristeza y la soledad cuando se refieren a la madre o al padre ausente (López y Loiaza, 2009). En los casos en que tanto el padre como la madre son migrantes, es posible observar en los niños cierta incertidumbre en relación con su forma de vida, específicamente y sobre todo en aquellos que pasan tiempo en las casas de sus diferentes familiares, el ir y venir de una casa a otra impide a los niños experimentar la pertenencia a "una sola casa", además de la incertidumbre, la sensación de soledad es común entre estos pequeños (Quecha, 2014).

Cierre

De acuerdo con Sottoli y Gallo (2012), la migración es sinónimo de cambio familiar (p. 45), en este sentido, la migración siempre tiene un efecto, ya sea positivo (mejorar el nivel de vida de la familia e incluso de la comunidad) o negativo (va desde la separación familiar hasta la desaparición del integrante que migra). Al hablar de separación familiar, se debe hacer alusión al principio de unidad familiar, el cual está reconocido en diversos instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos y en el derecho internacional humanitario,¹ consiste en el reconocimiento internacional de la familia como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el

¹ El derecho a la unidad familiar deriva del Artículo 16 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948; el Artículo 8 de la Convención Europea para la protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales, de 1950; el Artículo 16 de la Carta Social Europea, de 1969; los Artículos 17 y 23 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de 1966; el Artículo 10 el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966; el Artículo 17 de la Convención Americana de Derechos Humanos, de 1969; el Artículo 74 del Protocolo de 1977 a la Cuarta Convención de Ginebra, relativa a la protección debida a las personas en tiempos de guerra; el Artículo 18 de la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981; los Artículos 9, 10 y 22 de la Convención de los Derechos del Niño, de 1989; los Artículos XXIII y XXV de la Carta Africana de los Derechos y el Bienestar del Niño, de 1990; los Artículos 10 y 44 de la Convención sobre los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares, de 1990 (Sottoli y Gallo, 2012).

bienestar de todos sus miembros, en particular de los niños, por lo que debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad. (Sottoli y Gallo, 2012, p. 46).

De acuerdo con Duque-Páramo (2010), la migración parental hace referencia a la situación que viven los hijos de migrantes cuando la mamá, el papá o ambos han migrado a otro lugar, dejándolos en el lugar de origen. Esta situación se denomina *children left behind*: niños abandonados o dejados atrás (Duque-Páramo, 2008).

Chevez (2012) menciona que diversas investigaciones han mostrado y reportado que al momento de la migración parental las familias establecen no solo nuevas formas de relación familiar, sino que esta situación propicia efectos psicológicos negativos, como una baja autoestima, depresión o estrés, en los que se quedan, además, en el caso de los niños, se presenta un sentimiento de abandono al no tener cerca a su(s) padre(s), de igual forma, problemas en la salud mental como estados de depresión, estrés y crisis de pánico, lo que puede incidir tanto en su conducta escolar como social (Aguilera-Guzmán, Carreño, Juárez, 2004; Aguilera-Guzmán et al., 2004; Hurtado, Rodríguez, Escobar, Santa María y Pimentel, 2008; Salgado, 1996). Por su parte, López y Loiaza (2009) asegura que los hijos de migrantes expresan emociones como tristeza y soledad cuando evocan a la madre o al padre ausente.

Cuando ambos padres son migrantes, es posible observar en ellos incertidumbre ante su forma de vida, particularmente entre aquellos que pasan tiempo en las casas de sus diferentes familiares, el ir y venir de una casa a otra impide a los niños experimentar la pertenencia a “una sola casa”, además la sensación de soledad es común entre estos pequeños (Quecha, 2011).

De acuerdo con Gaitán et al. (2009), los niños que han experimentado la migración de sus progenitores, les demandan una gran capacidad de adaptación a las nuevas condiciones, aprendiendo a vivir sin las figuras de mayor apego y confianza, desempeñando nuevos roles y responsabilidades al reorganizarse las familias. Los hijos pequeños de migrantes que se han quedado en el lugar de origen con la madre, expresan en sus juegos situaciones que se relacionan con la partida del padre, las expresiones de angustia de estos niños por el abandono de sus padres se hacen evidentes en las constantes interrogaciones a la madre sobre el destino de su padre.

Guzmán y Lewin (2006) mencionan que la experiencia migrante, ya sea vivida desde la propia persona o a través del familiar migrante-ausente es un proceso que atraviesa la vida de los niños, que en muchos de los casos puede traer problemas de identidades colectivas, desestructuración comunitaria y violencia social. Pensamos también que puede configurar las expectativas de vida de las niñas y los niños, no por nada durante la charla de cierre, cuando se les preguntó quiénes se irían, cuando fueran adultos, a trabajar a Estados Unidos, todos contestaron que sí, menos cuatro niños.

Como pudimos observar, el conjunto de representaciones sociales respecto a la migración desde niños y niñas que tienen algún familiar migrante se configura en un escenario cuyos límites borrosos entre la ficción y el plano de lo real, hace de las narraciones sobre la experiencia de los adultos, una escena épica llena de riesgos y obstáculos por vencer, con la promesa del “sueño americano” y la mejora en la calidad de vida familiar.

Estudiar los procesos migratorios desde los que se quedan, y más aún, desde la mirada de los niños y niñas que experimentan la ausencia del familiar migrante, nos permite comprender las formas en que dicha vivencia configura el mundo subjetivo de estos niños, sus expectativas, y las formas en que se explican a sí mismos dichas ausencias revalorando las ganancias económicas a pesar de los riesgos y hostilidades vividos a partir de la experiencia migrante.

Los procesos migratorios forman parte de la vida cotidiana de las niñas y de los niños; se encuentra en las vidas y dinámicas de sus familias, en su repertorio semántico con el cual se relacionan con el mundo y también forma parte de sus expectativas de vida a manera de ideales y como vía para mejorar su calidad de vida. Migración y trabajo, desde las representaciones sociales de las niñas y los niños, tienen una relación directamente proporcional; ocupando un eje central en sus vidas y a la vez, dicha relación convive con la experiencia de sufrimiento, separación, ausencias y muerte. En estos casos, la migración como opción desesperada ante la pobreza, ya es violencia social. (Luna y Rodríguez; 2015, p. 14).

Con este ejercicio de análisis, tanto del dibujo como de la narrativa de los niños respecto a la migración, se pueden establecer los siguientes planteamientos:

Las vivencias de migración tienen diferencias de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de las diferentes regiones de México donde se realizó este estudio. Al igual que en otros estudios (Pérez-Padilla, 2014) al comparar comunidades urbanas y rurales, quienes son de comunidades rurales tienen un contacto más directo con la migración y manifiestan mayores emociones y situaciones socioemocionales que tienen que ver con sus propias historias, reflejado en aquellos estados de alta intensidad migratoria como: Zacatecas y Michoacán. Los niños se enfocan mucho en las hazañas de migrar, sobrevivir y en los peligros del cruce; esta etapa les genera emociones de miedo, angustia, tristeza cuando ocurren tragedias, pero de alegría y orgullo cuando se logra cruzar por lo que la representación social del sueño americano sigue latente; sin embargo, se desconocen los retos y dificultades que se presentan durante las etapas de establecimiento y retorno, pareciera que los adultos que conviven con estos niños no lo socializan.

Es importante destacar también las siguientes ideas: la migración es evento familiar tanto en que se hace por la familia, pero también por los costos que para ella implica. Además, generalmente se ve a la migración como un fenómeno fragmentado asociado a aspectos económicos, y no por beneficios y costos en otro sentido. Al proceso de migrar de forma ilegal ya de por sí peligroso, se le agrega el riesgo asociado con el narcotráfico.

Para futuras investigaciones sería importante indagar más a fondo cómo los niños resuelven o compensan las situaciones emocionales que se dan a partir de la experiencia de la migración de sus familiares, aunado a otras preguntas y que habrá que seguir explorando para entender la construcción social que hacen los niños de estas experiencias. Así también, sería interesante ahondar en la perspectiva de los niños y niñas en cuanto a cambios culturales.

Es necesario desarrollar iniciativas que informen y sensibilicen a la comunidad en torno a la migración y se planteen acciones para atenuar los efectos directos e indirectos en los niños. Los psicólogos tienen la posibilidad de desarrollar intervenciones psicoeducativas y las escuelas pueden ser contextos idóneos para dialogar y apoyar a los niños que tienen familiares migrantes con acompañamiento psicológico ante los múltiples cambios que suceden.

Referencias

- Achótegui, J. (2008). Migración y Crisis: El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises). *Avances de la Salud Mental Relacional Revista Internacional On-Line*. Recuperado de <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0701/achotegui.pdf>
- Aguilera-Guzmán, R., Carreño, S. y Juárez, F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 27(6): 57-66. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2004/sam046h.pdf>
- Aguilera-Guzmán, R., Salgado de Snyder, N., Romero, M. y Medina-Mora, M. (2004). Paternal absence and international migration: stressors and compensators associated with the mental health of Mexican teenagers of rural origin. *Adolescence*, 39(156): 711-723. Recuperado el 9 de noviembre de 2006 de http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m2248/is_156_39/ai_n9487161/pg_8
- Alvarado, C. y Núñez, M. (2006). *Malestares emocionales en esposas de migrantes en una comunidad rural del Estado de México*. 2006. Tesis de Licenciatura inédita, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Arias, W. (2012). Estrés laboral en trabajadores desde el enfoque de los sucesos vitales. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4): 525-535 Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n4/spu04412.pdf>
- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua: Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. España: Gedisa.
- Chávez, J. (2012). Los efectos psicológicos de la migración parental sobre la autoestima de los adolescentes en zonas de alta tradición migratoria. *Revista Electrónica en Ciencias Humanas y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*, 1(2), 71-126. Recuperado de https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=los+efectos+psicologicos+de+la+migracion+parental&btnG=
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Internacional para las Migraciones. (2002). *Migraciones, Vulnerabilidad y Políticas Públicas*. Chile: Autor.
- Consejo Nacional de Población. (2012). *Índices de intensidad migratoria México-Estados Unidos 2010*. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/swb/CONAPO/Indices_de_intensidad_migratoria_Mexico-Estados_Unidos_2010
- Duque-Páramo, M. (2008). Niñas y niños colombianos en Estados Unidos: Agencia, identidades y cambios culturales alrededor de la comida. *Revista Colombiana de Antropología*, 44(2): 281-308. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1050/105012451002.pdf>
- Duque-Páramo, M. (2010). Antropología aplicada en Colombia: Perspectivas e intencionalidades a partir de una experiencia en niñez y migraciones. *Universitas Humanística*, (70): 171-185. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n70/n70a10.pdf>
- Falicov, C. (2008). Migración, pérdida ambigua y rituales. *Perspectivas Sistémicas*, 69, 81-102. Recuperado de <http://servidormanes.uned.es/cursomed/Experto%20mediacion%20intercultural/Materiales/Modulo%201/Bibliografia%20obligatoria/Jaes%20Falicov.%20Inmigracion,%20perdida%20ambigua%20y%20rituales.pdf>
- Farberman, J. (2013). Los que se van y los que se quedan: familia y migraciones en Santiago del Estero a fines del periodo colonial. *Quinto Sol*, 1: 7-40.
- Gaitán, L., Díaz, M., Sandoval, R., Unda, R., Granda, S., y Llanos, D. (2009). *Los niños como actores en los procesos migratorios: Implicaciones para los proyectos de cooperación*. España: Universidad Complutense de Madrid.

- García-Ledesma, R. y Suárez-Castillo, M. (2007). La pérdida ambigua: una prolongada aflicción de la familia. *Psicología y Ciencia Social*, 9(2): 32-41.
- Giorguli, S. y Serratos, I. (2004). El impacto de la migración internacional sobre la asistencia escolar en México: ¿paradojas de migración? En P. Leite y S. Giorguli (Coords.), *Las políticas públicas ante los retos de la migración mexicana a Estados Unidos* (pp. 313-344). México: CONAPO.
- González-Calvo, V. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social*, 7: 77-97.
- Grinberg, L., Grinberg, R. (2000). ¿ Quiénes emigran?. *Revista de estudios sociales*, 7: 115-118.
- Guzmán, E. y Lewin, P. (2006, agosto). *La política pública ante los espacios binacionales de la migración yucateca*. Trabajo presentado en el Primer Foro sobre Migración Indígena, Mérida, Yucatán. Resumen recuperado de http://tradupedia.org/images/4/4e/Ponencia_Estela_y_Pedro.pdf
- Hurtado, G., Rodríguez, V., Escobar, J., Santamaría, S. y Pimentel, B. (2008). Los que se quedan: Una experiencia de migrante. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 6: 9-27. Recuperado de http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/1_-_No._6.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Información nacional, por entidad federativa y municipios*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Información de migración internacional con datos de la ENOE al tercer trimestre de 2015*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2016/especiales/especiales2016_01_10.pdf
- Instituto Nacional de Migración (2017). *Estadísticas de inmigración*. Recuperado de <https://www.gob.mx/inm/articulos/estadisticas-sobre-migracion?idiom=es>
- Lazarus, R. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55: 234-247.
- López - Castro, G. (2006). *El síndrome de Penélope. Depresión y ansiedad en mujeres en una región de alta migración a Estados Unidos*. Conferencia en el Segundo Seminario de Migración Internacional: Efectos de la globalización y las políticas migratorias. UAEM, Toluca, 15 a 17 de noviembre.
- López-Pozos, C. (2009). El costo emocional de la separación en niños migrantes: un estudio de caso de migración familiar entre Tlaxcala y California. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 6(1): 81-103.
- López, L. y Loaiza, M. (2009). Padres o madres migrantes y su familia: oportunidades y nuevos desafíos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales. Niñez y Juventud*, 7(2). Recuperado de <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html>
- Luna, D. y Rodríguez, V. (2015). Percepción de la migración en niños y niñas con familiares migrantes en el estado de Hidalgo, México. En Ibarra, R.; Bueno, E.; Ibarra, R. y Hernández, J. (Eds.). *Reestructuración y vigencia del modelo neoliberal en América Latina*. México: Taberna Librería.
- Meza, L. y Pederzini, C. (2009). *Migración internacional y escolaridad como medios alternativos de movilidad social: es el caso de México*, en Estados Económicos, (número extraordinario), 163-206. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/597/59724201006.pdf>
- Moctezuma, M. (2011) *La transnacionalidad de los sujetos: dimensiones, metodologías y prácticas convergentes de los migrantes mexicanos en Estados Unidos*. México: Porrúa.
- Olea, L. y Roque, B. (2010). Resiliencia y responsabilidad filial en adolescentes mexicanos cuyo padre emigra a los Estados Unidos: los efectos de la separación. *Psicología. Avances de la disciplina*, 4(2): 9-17. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224090002.pdf>
- Pérez- Padilla, M.L. (2014). *De vuelta en casa: Estrés, recursos psicológicos, salud de los migrantes retornados en los Altos de Jalisco* (Tesis doctoral inédita). Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.
- Petit, J. (2003). Migraciones, vulnerabilidad y políticas públicas. Impacto sobre los niños, sus familiares y sus derechos. Chile: CEPAL, CELADE y BID.

- Polanco, G. y Jiménez, N. (2006). Familias mexicanas migrantes: Mujeres que esperan... *Psicología Iberoamericana*, 14(2): 53-56. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920321007.pdf>
- Puyana, Y. y Rojas, A. (2011). Afectos y emociones entre padres, madres e hijos en el vivir transnacional. *Trabajo Social*, 13: 95-110. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/28368/38861>
- Quecha, C. (2011). La niñez y juventud afrodescendiente en el México de hoy. Experiencias a partir de la migración México-Estados Unidos. *Cuicuilco*, 51: 63-81. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000200005
- Quecha, M. (2014). Jugar al norte: una representación lúdica de la migración internacional en niños afrodescendientes no migrantes. *Alteridades*, 24 (47): 43-52. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172014000100005
- Ramos, M. E. (2009). Entre la tristeza y la esperanza, reconstrucciones identitarias de los mexicanos en Estados Unidos. En M.E. Ramos (Ed.). *Migración e identidad: Emociones, familia, cultura* (pp. 55-70). México: Fondo Editorial de Nuevo León.
- Reyes, E. (2015). *El flujo migratorio internacional de México hacia los Estados Unidos y la capacitación interna de las remesas familiares, 2000-2015*. México: Subdirección de Análisis Económico. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-07-15.pdf>
- Rivera Heredia, M. E. y Rayo-Varona E. (2015). Migración y Transnacionalidad desde una mirada infantil. El caso de dos comunidades michoacanas de alta tradición Migratoria. En C. Leco y J. Chávez (Eds.). *Migración Vulnerable en Michoacán* (pp. 75-92). México: Editorial Morevallado ININEE-UMSNH.
- Rodríguez, A. (1982). Repercusiones de la emigración sobre la salud mental y psicopatología familiar en la población gallega. *Documentación Social*, 47: 75-82. Recuperado de <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?a=Rodr%EDguez+l%F3pez%2c+A%2e&donde=castellano&>
- Salaberría, K., De Corral, P., Sánchez, A. y Larrea, E. (2008). Características sociodemográficas, experiencias migratorias y salud mental en una unidad de apoyo psicológico a inmigrantes. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4: 5-14. Recuperado de: https://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_4_esp_5-14.pdf
- Salgado, N. (1996). Problemas psicosociales de la migración internacional. *Salud Salud Mental*, 19(1): 53-59.
- Sánchez, R. y Jaramillo, L. E. (2014). Impacto del desplazamiento sobre la salud mental. *Universitas Humanística*, 47(47): 87-101. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/viewFile/9590/78222>
- Sottoli, S. y Gallo, K. (2012). Derechos de la infancia, unidad familiar y migración. En S. Berumen, N. Frías, y J. Santiago (Eds), *Migración y Familia: Una mirada más humana para el estudio de la migración internacional* (pp. 45-69). México: Centro de Estudios Migratorios, Instituto Nacional de Migración y Tilde Editores.
- Suárez-Orozco, C., Todorova, I. y Louie, J. (2002). Making up for lost time: The experience of separation and reunification among immigrant families. *Family process*, 41(4): 625-643. Recuperado de <https://steinhardt.nyu.edu/scmsAdmin/uploads/004/295/Family%20Process%202002.pdf>
- Tizón, J. L., Salamero, M., Pellegrero, N., San-José, J., Sáinz, F. y Atxotegi, J. (1992). Migraciones y salud mental: una revisión empírica del tema desde una población asistencialmente delimitada. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática*, 13(4): 37-55. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2764489>
- Villavicencio, F. (2008). Psicología de la familia migrante. En O. Encalada, D. Jaramillo y J. Morales (Eds.), *Educación ayer, hoy, mañana* (pp. 281-303). Ecuador: Universidad Del Azuay.





6

CAPÍTULO

Los retos de la psicología organizacional en el México del futuro

Mirna Elizabeth Quezada
Mónica Adriana Vasconcelos Ramírez
Oliverio Leonel Linares Olivas
Sonia Villagrán Rueda

Introducción

Ante los constantes cambios en la economía, la composición demográfica, y las organizaciones sociales y laborales, se han visto naturalmente impactados los grupos de trabajo. Constelando entre ellos, desde el trabajo formal en organizaciones establecidas y registradas ante el gobierno, hasta las personas que trabajan por su cuenta. Tanto en negocios pequeños o en la esfera de lo informal, pasando por aquellas subempleadas y toda una gama de grupos vulnerables de trabajo.

¿Cómo se han constituido estos diversos grupos de trabajo en situaciones críticas? ¿Cómo se construye el significado y el sentido del trabajo en personas fuera de organizaciones que los puedan integrar dentro de una cultura organizacional y procedimientos estudiados para favorecer la productividad y la eficiencia organizacional? ¿En qué condiciones se encuentra la salud ocupacional y la prevención y corrección de factores de riesgos psicosociales? Ante este panorama de situaciones complejas, diversas y poco propicias para el bienestar del núcleo de trabajadores, surge el cuestionamiento: ¿cómo se ha de planear la formación profesional del psicólogo organizacional?

Estos y otros cuestionamientos, constituyen un gran reto para la psicología organizacional, por lo cual el presente capítulo se ocupa de la integración de los saberes con el fin de dar soluciones a los problemas que aquejen a las organizaciones ya sea a través de la prevención o bien la corrección.

El reto de un nuevo conformismo: la calidad de vida en un futuro incierto

Desde los orígenes del estudio de la psicología científica, uno de los temas de mayor interés ha sido la motivación en el trabajo. Perspectivas biológicas, fenomenológicas, psicosociales y de las diferencias individuales, fueron las primeras en documentar aportes en diversos ámbitos. En lo que respecta a la psicología del trabajo y las organizaciones, destacan los estudios de Hugo Münsterberg y Walter Dill Scout a principios del siglo pasado (Enciso y Perilla, 2004). En ellos, se destaca ya la necesidad de definir métodos de selección de personal, mejoras de la productividad y de mercadotecnia. Dicha necesidad no ha cambiado hasta ahora, cien años después. Si bien, en ese entonces se creía que la industrialización, cristalizada en la automatización de procesos, iba a facilitar el trabajo, no se alcanzaban siquiera a vislumbrar los alcances de la tecnología en la vida cotidiana y laboral de las personas. De hecho, la expectativa era que con la tecnología llegarían mayores beneficios en el día a día. Las necesidades humanas básicas serían cubiertas por procesos automatizados para dar lugar a mayor y mejor tiempo de esparcimiento y de calidad de vida; es lo que más adelante se bautizaría como bienestar social (Salcedo, 1994).

Así, la bienintencionada psicología de la satisfacción laboral y del bienestar se ha enfocado en buscar que los empleados encentren el punto de equilibrio entre la vida laboral y la personal. Sin embargo, la tarea ha sido mermada por un marco de desesperanza, crisis económica y malestar social, crónico y cíclico. Tales crisis se manifiestan en diversos ámbitos. En lo que respecta a laboral y de las organizaciones, se percibe un ambiente de despersonalización, malestar físico y alienación que produce síndromes asociados con el sin sentido de la vida diaria. Basta con realizar una búsqueda en las revistas especializadas y notar la gran cantidad de estudios que existen al respecto. Además de que muchos de esos estudios se enfocan en el análisis de los efectos de las condiciones laborales en la salud y productividad, tal y como hace más de cien años.

Sin dejar de lado el análisis de la motivación en el ambiente laboral y bajo el marco de tales crisis, es determinante reflexionar sobre la dirección de las acciones grupales y personales (si es que se pueden distinguir). Desde la década de los cuarenta, Kurt Lewin destacó la importancia del análisis del comportamiento individual en el marco de una organización como un fenómeno distinto al del comportamiento en otro tipo de ámbitos, como la familia o la academia. Tal motivación y la conducta manifiesta se determinan, según Lewin, bajo el modelo de la persona en un momento dado. Repasando brevemente, el modelo indica que la conducta es función del espacio vital, el cual comprende las características de la persona y el ambiente en un momento dado:

$$C(f)=ev(p,a)$$

Según la ecuación, el ambiente está gobernado por sistemas de reglas implícitas y explícitas que direccionan (motivan) la conducta en ese momento dado. El sistema de reglas está determinado, en el sentido más amplio por la cultura. La operación de la cultura puede manifestarse en el sistema de reglas y normas que prevalecen en una comunidad en particular y que se fundamentan en un sistema de creencias y valores. Uno de los enigmas de la psicología ambiental es determinar ese sistema de valores y creencias que direccionan la conducta, el modelo integrado como esquemas sociales de pensamiento (Shore, 1998) que delinear la identidad comunitaria (Zerubavel, 1996). De esta forma, no solo pensamos como individuos, sino como miembros de una comunidad de pensamiento (incluyendo afectos y conductas). Es decir, pensamos, sentimos y actuamos en consonancia con la comunidad de pensamiento de la cual somos causa y efecto al mismo tiempo, es el discurso compartido a través de la ideología (Pêcheaux, 1978).

Uno de los pensadores que más luz nos ha dado en este sentido es el sociólogo Merton (1949), al clarificar cómo los valores y normas de la cultura se cristalizan en actitudes de forma funcionalista. *Adjzen y Bandura* después precisarán cómo estas actitudes se manifiestan en conductas bajo un ambiente impuesto, seleccionado y construido. Para Merton, una parte de la explicación de la motivación se encuentra en las metas sociales y los medios institucionales. Las metas sociales vienen determinadas por el fin social, que puede ser de difícil acceso a la consciencia. Los valores y creencias aprendidos por el proceso de socialización de la familia, la escuela, los pares y la economía son apenas reflexionados y conscientes. Son supra o súper conscientes (nunca inconscientes) y por ello son automáticos, actuados, repetidos y poco reflexionados. Estos modelos o metas son aquello que es importante para una sociedad en un momento dado. Aquello que motiva al trabajo puede ser analizado bajo diversas metas. Por un lado, la realización personal que deja ver un resquicio de individualismo protestante. O tal vez la utilidad social, siempre y cuando tengamos claros los objetivos o el fin último de la organización social. Quizá también podemos optar por un esquema filantrópico y pensemos en ayudar a otros. O bien bajo una mirada utilitarista y buscar el satisfactor monetario y lograr el estatus deseado a través del consumo como marco de referencia del bienestar personal. Independientemente del marco que retomemos hay una meta social y esa no es claramente definida, es implícita. El análisis de la conducta (discurso) nos permite inferir la meta social impuesta.

Lo anterior se puede esquematizar mediante la figura 6.1. Ahí se muestra la ruta de influencia social desde la cultura hasta la conducta de acuerdo al análisis funcionalista de Merton. Predominantemente, en México partimos de una influencia occidental de pensamiento, es decir, judeo-cristiana y con una influencia grecorromana en el sentido del orden social, el Derecho.

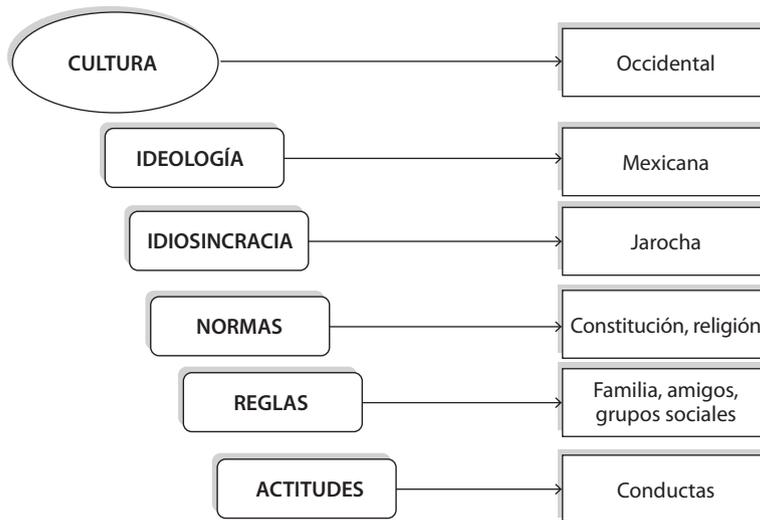


Figura 6.1 Influencia de la cultura en la conducta.

Fuente: Elaboración propia.

Siguiendo con el esquema, la ideología o ideario colectivo se muestran como esquemas de pensamiento que se manifiestan regionalmente en la idiosincrasia. A este respecto, existe una gran riqueza de modelos de pensamiento que componen la mexicanidad o las mexicanidades propiamente dicho. Tales modelos de pensamiento son influidos de una generación a otra y son también modificados por la dinámica social. El desarrollo de un valor se encuentra precisamente bajo el influjo de la cultura y la aceptación de la comunidad para darle validez social. De esta forma, los valores se pueden transformar en códigos para el análisis y control de la conducta. La constitución, los códigos y toda norma dan así orden a las relaciones entre las personas. Estos mecanismos de regulación de la conducta son institucionalizados por diversos aparatos de imposición. Sea el Estado, la Iglesia u alguna otra institución que funge como agente de socialización.

En un nivel más personal, las reglas que emanan de la convivencia social y que vienen influidas por los valores, van a determinar la relación interpersonal en el nicho social. Reglas de etiqueta, de vestir y de buenas costumbres son algunos de los ejemplos de modelos de conducta que se transmiten desde el seno familiar y que serán una forma de entrenamiento para la “adecuada” incorporación de un infante a la vida socialmente activa. Tales modelos de conducta se anclan en el pensamiento a través de las actitudes. Es decir, con la socialización se fomenta la actitud de aceptación de las normas, valores y reglas. También se busca influir en el rechazo de aquellas conductas que se consideran fuera de la regla, anómicas. Entonces, en el análisis de la conducta social se pueden inferir las actitudes y valores que una persona otorga a un objeto, relación o situación.

La asimilación de los valores y actitudes por parte de una persona está motivada por el miedo a la pérdida de la aceptación de los otros, pues necesitamos del cuidado y amor de los demás, y es lo que nos caracteriza como una especie de alta afiliación social. Este proceso de aceptación de las normas puede ser analizado como un mecanismo de condicionamiento de segundo orden, que se

denomina aprendizaje por evitación pasiva. Es decir, la inhibición de una conducta castigada. De esta forma, las personas aprenden las conductas que deben evitar y ello facilita el orden y el apego a la legalidad. En un ejemplo extremo, las personas que no se apegan a las normas podrían caer dentro de la categoría psicopática.

La inhibición de las conductas indeseadas y la aceptación y apego de los modelos de conducta permitidos facilitan la adaptación de una persona en un contexto particular. Esto, llevado a términos del análisis funcionalista de los modelos sociales tiene diversas implicaciones. En el ámbito del trabajo y las organizaciones, la aceptación de un rol de vida que se cristaliza en los deseos de una persona para desempeñar un trabajo. Es lo que Merton denomina la conformidad, es decir, la aceptación de las normas sociales y de los medios que permiten la ejecución de ese estilo de vida. Teóricamente, esto daría a la persona una sensación de utilidad social, de sentido de pertenencia y de satisfacción con la vida.

Sin embargo, uno de los puntos de inflexión de la dinámica personal se manifiesta cuando aparece el sufrimiento sobre la satisfacción inmediata. Es entonces donde la persona, en un acto de introspección, se cuestiona sobre la motivación de su conducta. En ese sentido, al cuestionar las reglas del paradigma deja de ser un conforme y se puede volver un rebelde, de acuerdo con Merton. Como dijimos, el camino de la conformidad implica la aceptación de las metas sociales a través de los medios institucionales, es decir, buscar la riqueza mediante el camino lícito del trabajo, por ejemplo. Todas aquellas instituciones que la sociedad define como válidas son las formas adecuadas para lograr las metas sociales. Digamos, la educación por la escuela; la riqueza por el trabajo; el amor romántico por la vida en pareja; etc. Ello depende de los valores socialmente válidos y que van cambiando con el devenir de la economía, principalmente (Pêcheux, 1978). Recordemos que el concepto de bienestar social fue acuñado primero por los economistas y en las últimas décadas se ha asimilado en la psicología como un constructo de análisis para la sociedad y las personas (Kahnemann, 2012).

De esta manera, la economía en su sentido más amplio define lo que es importante en este momento, y ello tiene repercusiones en nuestras decisiones. Pongamos algunos ejemplos y sus consecuencias en el pensamiento laboral. La búsqueda de satisfactores como la vivienda está dominada por un esquema occidental de sistema de crédito. El crédito, que es un préstamo, implica el interés, que no es más que el costo de disponer de efectivo en un momento dado. La posibilidad de un crédito está enmarcada en ciertas reglas que se justifican básicamente sobre la probabilidad de pagar el préstamo. La primera regla es tener un trabajo estable y remunerado de acuerdo con el monto del crédito. La segunda es la edad, pues de la vigencia del crédito depende la posibilidad de pagarlo en su totalidad sin que antes la persona fallezca. Es por eso que conforme aumenta la edad, disminuye el monto y la posibilidad de acceso. Es decir, ser desempleado y o viejo limita la obtención de las metas sociales en el marco occidental en que vivimos. La posibilidad de un empleo es, entonces, una de las necesidades apremiantes para lograr las metas sociales. La sociedad de la centralidad en el trabajo está en su máximo apogeo y parece que la psicología no ha respondido aún. Las consecuencias ya las conocemos: despersonalización y alienación. Ello, aunado a un esquema de incertidumbre que se observa en la inseguridad laboral y el pobre sistema de pensiones. Estos mensajes aumentan la ansiedad y el apego a los medios institucionales. Aunque la psicología criminal tiene mucho que ver en la forma en que se logran las metas sociales por medios no institucionales (la corrupción, por ejemplo) no es tema de esta reflexión. El reto es, entonces, clarificar las metas y sobre todo el papel de la psicología en este marco.

Recapitulando antes de proponer algunas reflexiones finales. El marco social define las reglas según las cuales se consiguen las metas sociales. Las personas adoptan este esquema como modelo de pensamiento y actúan en consonancia, aunque de forma automática. Las desviaciones del marco se presentan como alienaciones en el sistema y fomentan el malestar personal y social. Tales malestares se configuran como respuestas anómicas en la vida cotidiana de las personas, tales como el síndrome de desgaste laboral, malestar físico por estrés crónico, depresión y suicidio.

En primer lugar, es necesario un cuestionamiento de la finalidad de la psicología en general, y en particular de la psicología laboral y de las organizaciones bajo el sistema de reglas occidental. Por ejemplo, ¿cuál es su fin?, ¿qué metas sociales cumple?, ¿cómo participa para su logro?, ¿es la psicología un mecanismo de enajenación social? Un primer análisis, que es necesario, radica en la actualización de la psicología en una sociedad cambiante. Sin embargo, dicha actualización no se define en el tiempo presente, sino en la perspectiva del cambio social. Es decir, en el reto de la sociedad del futuro. En este tenor de pensamiento consideramos acorde la recomendación de Edgar Morín (1999) a propósito de los saberes para la educación del futuro. Habría que contemplar la *incertidumbre* como un elemento, no solo vigente, sino permanente en cualquier intento de visión y desarrollo social. Aceptar que no sabemos qué ocurrirá es una de las determinantes sociales para el manejo de la ansiedad y del sufrimiento innecesario. Ello se complementa con la poca valoración del error, cuando el error implica una gran parte de la naturaleza humana. Como indica Morín: “en la noción de apuesta existe la consciencia de riesgo y de incertidumbre” (1999, p. 47). Seguramente, para la mayoría resulta difícil pasar de un esquema de seguridad y planes organizacionales usando herramientas de desarrollo de proyectos, y a la vez aceptar que puede que los objetivos no se cumplan. Parece un pensamiento anticientífico y antidemocrático, altamente amenazante. Ese es uno de los principales retos. Generar un acto de rebelión cambiando el antiguo sistema de conformidad a uno nuevo. Un reto que se desprende del anterior se define por los medios discursivos (ideológicos) para generar nuevas metas. Parece que una estrategia inmediata es el cuestionamiento de la condición humana, la introspección y la autorreflexión de la condición humana (Morín, 1999).

El nuevo discurso que incluye el error, la incertidumbre y la condición humana generaría nuevas posibilidades del ser. Nuevas reglas (metas sociales) y cuestionamiento (modificación) de las anteriores, con nuevos medios institucionales. Otras comunidades de pensamiento que no incluyan los horarios de trabajo fijos, por ejemplo. La modificación de los salarios y el combate a la corrupción desde una mirada de la equidad. El cuestionamiento del concepto de “calidad de vida” desde una mirada individualista del consumo hacia un marco de referencia de la aceptación de la carencia y, por lo tanto, la posibilidad de ser. La búsqueda del interés colectivo por encima del interés personal. A este respecto, los periodos de crisis social son un buen ejemplo para recordar la capacidad social de autoorganización y autorregulación para el logro de metas bien identificadas. Los terremotos que han ocurrido en nuestro país han sido un punto de anclaje para hacer manifiesto el valor de la vida de forma automática. Los voluntarios no se cuestionan si deben actuar o no, es un valor implícito, simplemente lo hacen y ya. La verdadera sorpresa la impone el Estado al tratar de institucionalizar el apoyo solidario de la sociedad implícitamente organizada. Otro de los retos se enfocaría, entonces, al análisis del papel del Estado como supresor de actos de rebeldía (como la entiende Merton) de una forma anómica, y la concomitante jurisprudencia de un nuevo concepto de Estado-Nación-Identidad.

A final de cuentas, consideramos que el fin último de la actividad social es un retorno al humanismo radical. El valor de la vida en sí mismo, que incluye el error, la incertidumbre y la libertad. Esos son los principales retos que la psicología no puede, ni debe, atender de forma aislada. Así, el reto inmediato es el trabajo colaborativo, multidisciplinario, incluyente.

Salud ocupacional, prevención y corrección de factores de riesgos psicosociales. Reto para la psicología organizacional

Normatividad vigente y protección a la salud y seguridad del trabajador

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 2016 señaló que la atención de los factores de riesgo psicosocial es un problema global que afecta a todos los países, profesiones y trabajadores, tanto países desarrollados como en vías de desarrollo. En este sentido, se podría decir que el centro de trabajo es una fuente importante de riesgos psicosociales y al mismo tiempo es el lugar idóneo para tratar de proteger la salud y el bienestar del trabajador.

En México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, en su Título Sexto versa sobre Trabajo y Previsión Social mencionando en el artículo 123 lo siguiente:

“Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley.” (CPEUM, 1917. Art. 123 [1]).

De igual manera el artículo establece que el Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes, deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán en su apartado A, que entre los obreros, jornaleros, empleados, domésticos, artesanos y, de una manera general, todo contrato de trabajo se sujetará a lo previsto en las fracciones XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXIX, XXX, XXXI las cuales se organizan en rubros tales como capacitación, indemnización e incapacidad, de higiene y seguridad, sindicatos y asociaciones profesionales, huelgas y paros, terminación del contrato y despido injustificado, créditos a favor de los trabajadores y de las deudas a favor del patrón, condiciones nulas sin obligación de los contrayentes, Ley del Seguro Social encaminada a la protección y bienestar de los trabajadores y competencia para la aplicación de las leyes de trabajo.

De acuerdo con lo anterior, en dicho artículo 123 de nuestra Carta Magna en sus fracciones XIII a la XXXI se ubica lo referente al Trabajo y Previsión Social instaurando la protección al trabajador; por tal motivo se resaltan algunas fracciones que fundamentan la necesidad de establecer normas de prevención y corrección de factores de riesgo psicosociales en ambientes laborales; dichas fracciones son: **XIV. De la indemnización e incapacidad** que habla respecto a que los empresarios serán responsables de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patronos deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aun en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario; **XV. De higiene y seguridad** señala que el

patrón estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera este, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas. Las leyes contendrán, al efecto, las sanciones procedentes en cada caso; **XVII. De huelgas y paros**, las leyes reconocerán como un derecho de los obreros y de los patronos las huelgas y los paros; **XX. De la Junta de Conciliación y Arbitraje**, las diferencias o los conflictos entre el capital y el trabajo se sujetarán a la decisión de una Junta de Conciliación y Arbitraje, formada por igual número de representantes de los obreros y de los patronos, y uno del gobierno; **XXI. y XXI. De la terminación del contrato**, si el patrono se negare a someter sus diferencias al arbitraje o a aceptar el laudo pronunciado por la Junta, se dará por terminado el contrato de trabajo y quedará obligado a indemnizar al obrero con el importe de tres meses de salario, además de la responsabilidad que le resulte del conflicto. Esta disposición no será aplicable en los casos de las acciones consignadas en la fracción siguiente. Si la negativa fuere de los trabajadores, se dará por terminado el contrato de trabajo y el patrono que despida a un obrero sin causa justificada o por haber ingresado a una asociación o sindicato, o por haber tomado parte en una huelga lícita, estará obligado, a elección del trabajador, a cumplir el contrato o a indemnizarlo con el importe de tres meses de salario. La ley determinará los casos en que el patrono podrá ser eximido de la obligación de cumplir el contrato mediante el pago de una indemnización, igualmente tendrá la obligación de indemnizar al trabajador con el importe de tres meses de salario cuando se retire del servicio por falta de probidad del patrono o por recibir de él malos tratamientos, ya sea en su persona o en la de su cónyuge, padres, hijos o hermanos. El patrono no podrá eximirse de esta responsabilidad cuando los malos tratamientos provengan de dependientes o familiares que obren con el consentimiento o tolerancia de él; **XXIII, XXIV y XXV. De los créditos, XXVII. De las condiciones nulas para los contratantes, XXIX, XXX, XXXI. De la Ley del Seguro Social** para la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares, e inciso **b)** De la aplicación en las empresas que a la letra dice:

[...] También será competencia exclusiva de las autoridades federales, la aplicación de las disposiciones de trabajo en los asuntos relativos a conflictos que afecten a dos o más entidades federativas; contratos colectivos que hayan sido declarados obligatorios en más de una entidad federativa; obligaciones patronales en materia educativa, en los términos de ley; y respecto a las obligaciones de los patronos en materia de capacitación y adiestramiento de sus trabajadores, así como de seguridad e higiene en los centros de trabajo, para lo cual las autoridades federales contarán con el auxilio de las estatales, cuando se trate de ramas o actividades de jurisdicción local, en los términos de la ley reglamentaria correspondiente (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917).

Se observa la prioridad de velar por la seguridad del trabajador mexicano en cualquier tipo de organización, sin embargo, hoy en día nos enfrentamos a un entorno globalizante y competitivo donde la clase trabajadora debe preocuparse y ocuparse por realizar con calidad su trabajo, ser eficiente y efectivo, capacitado, con adecuados perfiles académicos y con altos estándares de desempeño, además de lidiar con grupos y equipos de trabajo en donde la interacción, la demanda de resultados para ayer y la interdependencia ya sea vertical u horizontal; pueden llevarlo al límite enfrentándose a posibles factores de riesgo psicosociales, es por esto que hoy en día este término

ha cobrado vital importancia, llevando a las instancias laborales al estudio del mismo para su identificación y prevención, así como para promover un entorno organizacional favorable en los centros de trabajo, surgiendo el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-035-STPS-2016, publicada en el *Diario Oficial de la Federación (DOF)* del 26/10/2016 congruente con el Plan Nacional de Desarrollo, en el Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2013-2018, en el objetivo sectorial número 3 “Salvaguardar los derechos de los trabajadores y personas en situación de vulnerabilidad y vigilar el cumplimiento de la normatividad laboral”, como acciones que deben realizarse: actualizar la regulación en seguridad y salud en el trabajo para la prevención de riesgos laborales, suministrar los medios para facilitar el conocimiento y la autogestión de la regulación en seguridad y salud en el trabajo, e impulsar el establecimiento de condiciones seguras y saludables en los centros de trabajo.

Por lo tanto, uno de los principales objetivos de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social es la prevención de riesgos de trabajo, y por ende, la protección de la seguridad y salud de los trabajadores, es ineludible atender la problemática derivada de la presencia de los factores de riesgo psicosocial en los centros de trabajo ya que, de acuerdo con investigaciones y peritos en la materia, señalan la estrecha correlación entre la prevalencia de este tipo de factores de riesgo y el detrimento a la salud, imperando que el primer paso para la solución de este tipo de problemas es la prevención; razón por la cual la Secretaría desarrolló este Proyecto de Norma.

La finalidad del Proyecto de la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-035-STPS-2016 es establecer medidas para la prevención de los factores de riesgo psicosocial, promoción del entorno organizacional favorable, y la atención de las prácticas opuestas al entorno organizacional y de actos de violencia laboral, de modo que se propicien condiciones tales como: mejora de las relaciones sociales en el trabajo en las que se promueve el apoyo mutuo en la solución de problemas de trabajo, el respeto a la duración de las jornadas de trabajo; la prevención de actos de hostigamiento, acoso o malos tratos en contra del trabajador, impulsar que los trabajadores desarrollen competencias o habilidades y, en consecuencia, la mejora de las condiciones de trabajo y la productividad.

Identificación y comprensión de los factores de riesgo psicosociales en las organizaciones

En definitiva, hablar de salud ocupacional conlleva a la prevención de factores de riesgos psicosociales, que es sin duda un gran reto para los profesionales de la psicología organizacional justificándolo desde una fundamentación legal como se ha venido revisando, es menester ahora identificar algunos de los tan mencionados factores de riesgo que pueden afectar la salud de aquellos que se encuentran en ambientes laborales psicológicamente nocivos.



Figura 6.2 Identificación de factores de riesgo psicosociales en ambientes laborales.

Fuente: Elaboración propia.

Los factores de riesgo psicosociales laborales se asocian con condiciones organizacionales y psicosociales de trabajo que como tales pueden ser positivas o negativas (Kalimo, 1988). Su número es muy amplio y su clasificación depende del enfoque que se elija.

El *mobbing* como factor de riesgo en sus cuatro dimensiones puede tener repercusiones en el funcionamiento de la persona que trabaja. Otras formas de riesgos psicosociales como el estrés, la inseguridad laboral, el *Karoshi* o el *burnout* o desgaste profesional son formas de estrés crónico que, visto desde una forma holística, afectan a la organización en su conjunto, y por ende permean el propio estilo de vida personal o profesional (Villagrán, 2017). Tanto unos como otros afectan a la globalidad del funcionamiento del trabajador, a los niveles de seguridad personal y cursan con trastornos adaptativos (DSM-IV-TR, 2002).

Repercusiones de los factores de riesgo psicosociales en el individuo y su entorno laboral

Los riesgos se definen por su capacidad para ocasionar daños a la salud, física y mental. Los riesgos psicosociales tienen repercusiones en la salud física de los trabajadores, pero tienen especialmente efectos notables en su salud mental interfiriendo en los procesos de adaptación de la persona y su sistema de estabilidad y equilibrio mental.

Además la ansiedad, la depresión, así como otros indicadores de mala salud mental, están asociados con la exposición a los riesgos psicosociales (Cox, Griffiths y Leka, 2005; Cox y Rial-González, 2000) generando alteraciones del sistema de procesos, cognitivos, emocionales y conductuales llevando a trastornos mentales graves como la depresión, el suicidio o las conductas parasuicidas, siendo estas las más comunes. La OIT 2010 ha considerado al estrés postraumático en contextos laborales como una enfermedad profesional.

Reflexiones

Ante este escenario, se observa que los riesgos psicosociales se encuentran presentes en todas las organizaciones, y si estos no se previenen o corrigen, pueden provocar conductas de inadaptación, de tensión, respuestas psicofisiológicas de estrés, pasando a ser factores psicosociales de riesgo, con probabilidad de afectar negativamente la salud y el bienestar del trabajador (Benavides *et al.* 2002), actuando como desencadenantes de tensión y de estrés laboral (Peiró, 1993). Bajo este enfoque, dichos factores tienden a tener efectos negativos sobre la salud ocupacional.

Debido a lo anterior, se demuestra la necesidad de intervención del psicólogo organizacional para la detección, prevención y en su caso, la corrección de las posibles afectaciones en la salud de los trabajadores, siendo este un reto visible, ya que de no atenderse, las organizaciones con altos factores de riesgo psicosociales estarían teniendo consecuencias como:

Afectaciones individuales:

- Deterioros en la salud física del trabajador.
- Severos daños en la salud mental del trabajador.
- Liderazgo negativo, autocrático o centralizado dañando el trabajo en equipo.
- Afectaciones del contrato psicológico que se mantiene con la organización.
- Pérdida de compromiso.
- Disminución en el rendimiento del trabajador.

Afectaciones organizacionales:

- Ausentismo.
- Constante rotación de personal.
- Clima laboral tenso.
- Bajas laborales por enfermedad.
- Ambigüedades en las funciones o roles.
- Baja productividad.
- Contextos laborales, organizaciones y empresas disfuncionales.

El sentido del trabajo de grupos en condiciones problemáticas de ocupación

La psicología organizacional tiene como objeto de estudio al ser en el trabajo vinculando sus procesos con los propios de la organización a la que pertenece y el sistema social en el que se desenvuelve. Así, es relevante conocer la subjetividad de los trabajadores, quienes construyen un significado del trabajo a partir de su individualidad y del mundo social. En lo general, dicha

subjetividad implica “la articulación de distintos valores, emociones, cogniciones, estética, juicios y razonamientos cotidianos que los sujetos realizan como interpretación de su realidad circundante en un proceso de configuración continuo” (Garabito, 2009, p. 3). Y en particular, acerca del trabajo se irán abordando los elementos que configuran su significado y su sentido.

La subjetividad del ser en el trabajo ha sido estudiada en forma amplia en el caso de los que laboran en empresas, mas resulta interesante y necesario estudiarla ampliamente en quienes conforman lo que se ha denominado la tasa de condiciones críticas de ocupación (TCCO), sean subempleados o trabajadores en informalidad que, dicho sea, integran un porcentaje creciente de la población, tal como se esbozará en adelante.

Dada la creciente demanda de empleo, rebasada en gran medida por la oferta en México y demás países, han surgido otras modalidades de ocupación que constituyen la forma de ganarse la vida de muchos miles de personas y que su estudio, análisis y formas de intervención para la mejora también han de constituir parte del objeto de estudio de la psicología organizacional.

Esta será la temática abordada enseguida, primeramente planteando algunas concepciones básicas de estudio, después bosquejando someramente la constitución de modalidades diferentes de trabajo en México y terminando con el énfasis en la necesidad de estudiar la subjetividad de las personas que trabajan en dichas condiciones.

El trabajo es una actividad propiamente humana y la cual, desde niños, se representa a través de la actividad del juego formando en el individuo ideas acerca de lo que habrán de desempeñar en un trabajo en su futuro (Pérez, 1996).

Ardila (1972) lo definió como “la actividad humana que consiste en transformar el ambiente con el fin de lograr ciertos objetivos, especialmente la subsistencia y la conservación de la vida” (p. 13). Esta actividad relevante posee significado y sentido. Para Garabito (2009) el significado que las personas tienen del trabajo se construye a partir de sus expectativas e ideal de trabajo, considerando su historia personal y su preparación previa para el desempeño del mismo; todo ello está en relación con la experiencia que han tenido con diversos aspectos del trabajo, como lo son el uso de la tecnología, la cultura de las organizaciones a las que ha pertenecido, las relaciones laborales que ha mantenido, y el sentido que la familia y sus círculos sociales le dan a su trabajo, así como los significados heredados. A lo anterior, Ardila (1972) agrega el estatus que el trabajo otorga a la persona, su necesidad de aceptación y posicionamiento en la sociedad a la que pertenece.

En cuanto a la construcción del significado del trabajo, Ana María Pérez (1996) abona al decir que el significado del trabajo es “un conjunto de creencias, valores y actitudes propios del sistema cognitivo de los sujetos” (p. 17), que se va formando desde la socialización para el trabajo y, posteriormente, por la socialización en el trabajo. Y agrega que, además es diferente entre los individuos debido a la formación subjetiva y a la situación sociolaboral circundante.

Esta misma autora (Pérez, 1996) considera el significado del trabajo como: un constructo psicológico multidimensional definido en términos de cinco variables o dimensiones principales:

- a) Centralidad del trabajo como un rol de vida
- b) Normas sociales sobre el trabajo
- c) Resultados valorados del trabajo
- d) Identificación con el rol laboral
- e) Importancia de los fines del trabajo (p. 17).

En la formación del significado del trabajo incurre en forma importante la situación socioeconómica, la cual actualmente está siendo más desfavorecedora a la población en diversos países. Concretamente en México, hubo una desaceleración mayor en los primeros dos meses del año 2017, provocando mayor desconfianza del consumidor, debilitando así el consumo por la incertidumbre en el plano económico (Siller, 2017). Este elemento de la economía, aunado a todos los demás, provoca incertidumbre también al elaborar un significado del trabajo. La infancia y la adolescencia están viviendo estas situaciones en el plano familiar y social, lo cual habrá de impregnarse en su significado del trabajo. Como dato representativo, se cita a la Organización Internacional del Trabajo, que establece que el grupo de infantes y adolescentes que trabajan, también llamado NAT, lo hace en el sector informal y en ambientes desapegados de las condiciones laborales adecuadas; esto precisamente los expone a variadas condiciones insalubres y de inseguridad incluso, sin recibir remuneración alguna por su trabajo en muchas ocasiones o siendo generalmente muy baja (OIT, 2004:30, citado por De Pablo y López, 2013). Su trabajo los hace ausentarse mucho de sus actividades escolares atrasándose y pudiendo llegar al abandono escolar, lo cual los hace más distantes al tiempo de lograr un empleo decente y calificado. Además, los coloca en mayor vulnerabilidad de maltrato, abandono y abuso sexual, dañando su desarrollo afectivo y moral (De Pablo y López, 2013). A partir de todos estos factores es que el niño y el adolescente construyen un significado del trabajo, temática de interés de estudios posteriores.

Por otra parte, el sentido del trabajo propio es aquel que orienta la acción social de las personas, pudiendo estar construido por elementos como el reconocimiento social, la satisfacción de sí mismo por la ejecución de un trabajo determinado o la autorrealización y el trabajo como sostén de un ideal de vida. Y empieza a construirse desde el contacto con la imagen del trabajo de los padres. Se puede agregar que en el caso de los niños, niñas y adolescentes trabajadores los elementos mencionados no aplican sino el cubrimiento de necesidades primarias de supervivencia.

En un estudio del sentido del trabajo en jóvenes trabajadores de McDonald's se conoció que las familias de los empleados construyen y transmiten un significado del trabajo por la idea de ser productivo, de ser "útil a la sociedad", de poder entender el esfuerzo del dinero ganado, para iniciar el proyecto de adquirir un patrimonio, etc. Y de igual manera, el entorno familiar le procura a cambio consideraciones especiales por esa contribución hacia la familia, sea económica o de reconocimiento familiar (Garabito, 2009).

El trabajo se ha ido transformando conforme se sucede el desarrollo sociocultural y ha construido en el individuo distintas representaciones sociales o significados del mismo. Y es así como hay diversas organizaciones de trabajo y diferentes interpretaciones que cada cual da al trabajo (Berger, 1978).

Entonces, es en las organizaciones en las que se encuentran los trabajadores construyendo un significado del trabajo y dándole un sentido. Sin embargo, existen trabajos que resultan difíciles de significar por ser tediosos y agotadores; pueden resultar estresantes y con baja satisfacción para quienes los desempeñan, e incluso sentirlos las personas como indignantes (Dejours, 1990). Ante ello, surge el cuestionamiento de qué significado tiene el trabajo en esas condiciones.

Ante esas situaciones precarias de empleo, García-Ubaque, Riaño-Casallas y Benavides-Piracón (2012) consideran que el significado puede construirse con el trabajo como actividad productiva más que con el empleo o puesto de trabajo desempeñado. Tales son las condiciones de trabajo diario de gran cantidad de personas en México y que serán descritas en adelante.

Mortimer y Lorence (1979) sostienen lo anterior, mencionándolo en términos de los valores que una persona otorga dependiendo de su independencia económica. Así es como plantean que los valores extrínsecos del trabajo son prioritarios cuando las personas no gozan de independencia económica mientras que los valores intrínsecos son más relevantes para la persona que tiene satisfechas sus necesidades materiales.

Esto es que cuando el trabajo es precario, las personas lo significan y le dan sentido por el cumplimiento de necesidades económicas, primordialmente dejando a un lado elementos mencionados antes como son el reconocimiento social, la satisfacción de sí mismo por el trabajo desempeñado y la idea de ser productivo.

Demos un acercamiento a la realidad laboral en nuestro país, especialmente hacia los grupos en condiciones laborales deficientes. Al año de 2012, la mitad de la población mundial la representaban los trabajadores, fuerza mayor para el desarrollo económico y social, de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (OIT, 2007, como lo citaron García-Ubaque, Riaño-Casallas y Benavides-Piracón, 2012).

Solo una parte de dicha fuerza de trabajo la constituyen quienes trabajan en organizaciones laborales establecidas, registradas y regularizadas. Muchas otras personas están obteniendo sus ingresos económicos de fuentes informales de empleo y del subempleo en todas sus formas como pago por horas, pago por destajo, jornadas menores al tiempo completo, etcétera.

La estratificación de las organizaciones registradas se constituye de la siguiente manera según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2014):

Tabla 6.1 Clasificación según el número de empleados en los tres sectores, publicada en el Diario Oficial de la Federación de 2002.

| | Industria | Comercio | Servicios |
|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Tamaño | | | |
| Microempresa | De 0 a 10 | De 0 a 10 | De 0 a 10 |
| Pequeña empresa | De 11 a 50 | De 11 a 30 | De 11 a 50 |
| Mediana empresa | De 51 a 250 | De 31 a 100 | De 51 a 100 |
| Gran empresa | De 251 en adelante | De 101 en adelante | De 101 en adelante |

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Adaptado de "Censos Económicos." Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). México: INEGI, 2015. Recuperado de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825077952.pdf

Se publica la tabla anterior según lo indicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 30 de diciembre de 2002, pues es la que regía a la fecha de 2014 como criterio para la estratificación de empresas.

En México, del 100% de las empresas establecidas la inmensa mayoría son micro y pequeñas empresas (99%) y solo el uno por ciento lo integran las medianas y grandes empresas. Del 100% de personas que trabajan en empresas, el 54.9% trabaja en micro y pequeñas empresas mientras

que el 45.1% labora en empresas medianas y grandes. Es decir, el uno por ciento de las empresas ocupa a poco menos de la mitad de los trabajadores en México, tal como lo muestra la tabla 6.2 (INEGI, 2014).

Tabla 6.2 Participación de los establecimientos por estratos, 2014 (INEGI, 2014).

| Estrato/variable | Unidades económicas | Personal ocupado total |
|------------------|---------------------|------------------------|
| Total nacional | 100 | 100 |
| Micro | 95.4% | 39.8% |
| Pequeños | 3.6% | 15.1% |
| Medianos | 0.8% | 16.3% |
| Grandes | 0.2% | 28.8% |

Fuente: Tabla adaptada de "Censos Económicos." Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). México: INEGI, 2015. Recuperado de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825077952.pdf

Ahora bien, un aspecto crítico del trabajo en México es el acrecentado porcentaje de personas que trabajan en condiciones críticas, y que constituyen la gran tasa de condiciones críticas de ocupación (TCCO). Esta tasa va en aumento y llegó al 14.52% en el segundo trimestre de 2016. Este dato integra al porcentaje de personas que laboran menos de 35 horas a la semana, o que trabajan más de 35 horas semanales, pero ganando mensualmente menos de un salario mínimo, y el sector que trabaja jornadas mayores a 48 horas por semana pero que percibe hasta dos salarios mínimos (García-Ubaque, Riaño-Casallas y Benavides-Piracón, 2012).

Los subempleados pueden estar incluidos en la TCCO, dado que se encuentran percibiendo de uno a dos salarios mínimos en condiciones laborales no regulares. Este sector laboral puede estar subempleado ya sea por sus competencias de trabajo o por los bajos ingresos que percibe, siendo todos ellos personas que desean cambiar de trabajo, ya sea porque no aplican su potencial o porque no perciben un sueldo, esperado para su nivel de competencias. También se encuentran en esta modalidad quienes están dispuestos a trabajar más de las horas debidas por necesidad económica, pero que no encuentran dónde aplicarlas. Este segmento de la población constituía 9.93% de la población económicamente activa en el segundo trimestre de 2016. Es decir, casi 10 de cada 100 personas estaban dispuestas a trabajar más horas (García-Ubaque, Riaño-Casallas y Benavides-Piracón, 2012).

Finalmente, se menciona al sector informal que representa la tasa de ocupación en el sector informal 1 (TOSI1) y que constituyó el 27.02% de la población económicamente activa en el segundo trimestre de 2016. Este sector está definido por personas que laboran, ya sea en empresas registradas o no registradas, pero que su trabajo "no tiene una situación identificable e independiente del hogar o de la persona que la dirige, y que por lo mismo tiende a concretarse en una muy pequeña escala de operación" (García-Ubaque, Riaño-Casallas y Benavides-Piracón, 2012, p. 139). Concretando, 1 de cada 3 empleos están en la informalidad en México. A dicha forma de labor, la OIT la ha nombrado una "forma urbana de emprendimiento". *El Financiero* (08, 08, 2016) la identifica como todas las personas que trabajan por su cuenta, sin contar con una seguridad social y cuya cifra la establece del 57.22% en el segundo trimestre de 2016 difiriendo de los autores anteriores y estableciendo que casi de 6 de cada 10 empleos se encuentran en el sector informal.

Al límite de la sociedad económicamente activa se encuentran las personas desempleadas, sector de 3.93% de la población económicamente activa, según cifras dadas por *El Financiero* (2016) en el segundo trimestre de ese año, siendo los desempleados los que no tienen un trabajo pero que están en búsqueda activa de uno (García-Ubaque, Riaño-Casallas y Benavides-Piracón, 2012).

Las condiciones laborales y económicamente precarias de los grupos descritos anteriormente, las cuales distan mucho de ser las deseables y frecuentemente descritas en la teoría de la Psicología Laboral, son las que predominan en un enorme sector de nuestra población.

Estos autores también plantean que ante el tedio de ejecutar funciones de trabajo que poco satisfacen laboralmente y con las que no se identifican de forma importante, las personas fortalecen lazos sociales, y enfatizan el sentido del trabajo como un medio para incrementar su empleabilidad mediante la formación profesional.

Dichas condiciones invaden otras áreas de vida del sujeto derivando problemáticas que impactan hasta a nivel social. Garabito (2009) agrega que estas modalidades de trabajo, “antes que debilitar la centralidad del trabajo la imponen de forma idealizada en la vida de los sujetos” (p. 79).

Sin embargo, de igual manera estas condiciones de precariedad y flexibilidad laboral pueden motivar a las personas a crear relaciones solidarias significativas en la vida de los trabajadores (Garabito, 2009, p. 79).

Es necesario desarrollar una amplia investigación con los individuos, indagando cómo significan y le dan sentido a su actividad de trabajo, con el objetivo de aprender cómo sostienen su motivación y su satisfacción laborales. De esa manera, se podría ir ampliando la cobertura de la psicología organizacional a todos los ámbitos de trabajo, dejando atrás el esquema tradicional de considerar a un trabajador solamente como aquel participante de las funciones de empresas establecidas y registradas, como ha sido tradicional en una gran cantidad de investigaciones e intervenciones.

Prospección en la formación profesional del psicólogo

A lo largo del presente capítulo, se han esbozado los retos a los que se enfrentará en un futuro el psicólogo organizacional, tomando en cuenta la situación actual y las tendencias sociales, producto de una interacción global de cambios políticos, económicos y tecnológicos. La creciente demanda de profesionistas capaces de adaptarse a los cambios que trae consigo la globalización, ha despertado en la comunidad científica, así como en las organizaciones, una preocupación por el perfil que debiera tener el psicólogo organizacional (Enciso y Perilla, 2004). En este sentido, es imperante reconocer la importancia de la educación formal del psicólogo inmerso en el contexto laboral, ya que de esta dependerá en gran medida la eficiente adaptación a los cambios antes mencionados.

La formación profesional del psicólogo tiene como disyuntiva el hecho de que se ha abordado de manera heterogénea en los centros educativos del país, atendiendo a las diferencias sociales que se presentan en las distintas regiones en las que se desenvuelven las instituciones educativas, y atendiendo de igual manera la escuela psicológica de predilección, llámese esta conductismo, cognoscitivismo, humanismo, etc. Por ejemplo, el enfoque de una institución en el norte del país diferirá a una ubicada en el sur de México, justificando esta diferencia en las características sociales,

económicas y políticas de la región. El resultado de esto es que una sola visión formativa no es atendida por las instituciones, y es posible encontrar planes de estudio muy distintos entre sí, con pobre o nula prospección, en el sentido de solucionar de manera aislada problemáticas sociales, sin percatarse del complejo conjunto de conocimientos teórico, metodológicos y técnicos que debiera adquirir el psicólogo para el ejercicio de su profesión, independientemente de las características particulares de su entorno social actual.

Aunado a esto, una situación presente en la formación del psicólogo es la fragmentación que se ha hecho de la disciplina al contemplarla por algunos como disciplina científica, y otros como disciplina aplicada, en el que la primera se enfoca en la sistematización del conocimiento atendiendo a los principios de la científicidad, y la segunda en la solución de problemáticas sociales ya sea en el campo clínico, laboral, educativo, etc., sin prestar atención a los principios de rigurosidad científica (Ribes, 2006). No se profundizará sobre cómo ha sido este entendimiento de la psicología, su evolución, o si es acertada o incorrecta determinada postura, solo se atenderá a la necesidad de que una práctica tanto científica como aplicada es requerida para enfrentar adecuadamente los retos que supone el desarrollo de la propia sociedad.

Es así que la formación profesional unificada del psicólogo organizacional resulta de suma importancia, a través de la formación profesional se debiera amalgamar la anticipación de su ejercicio en años venideros y las necesidades de las organizaciones públicas o privadas, las tendencias económicas, así como las tendencias propias del trabajo y empleo. Al hablar de anticipar la evolución de la disciplina, se hace referencia a planear la serie de capacidades que el profesional requerirá para afrontar de manera eficiente su ejercicio (Bakule, Czesana y Havlickova, 2016). Para poder abordar los retos en la formación del psicólogo organizacional debe analizarse la tendencia global de educación conocida como formación basada en competencias, que representa más que certificaciones y evaluaciones con base en cierto estándar, más bien una serie de requerimientos en habilidades, aptitudes, así como conocimientos teóricos, técnicos y metodológicos de la profesión para un ejercicio eficiente en el ámbito de elección.

La educación basada en competencias

Las competencias son entendidas por distintos autores de diversas maneras; el origen del término competencias dentro del ámbito laboral y educativo nos lleva al trabajo de McClelland (1973), que aporta al campo de la psicología la relación que tiene la posesión de conductas adaptativas con el desempeño eficiente de un individuo en el campo laboral. El autor plantea que estas conductas no se catalogan a través de un test de inteligencia, conocimientos o personalidad, sino que el desempeño solo puede estudiarse a través de la ejecución directa del comportamiento demostrado, en este caso, en el trabajo del individuo.

Por otra parte, una interesante revisión sobre las competencias del psicólogo la realizan en Colombia Uribe, Aristizabal, Barona y López (2009), en donde expresan que las competencias son adquiribles, específicas de un área, que están relacionadas con el contexto y función a desarrollar por el psicólogo; de manera más amplia, Blank (1982) menciona que las competencias pueden ser entendidas como un conjunto de conocimientos, aptitudes y actitudes, que son dirigidas a la acción y que adquieren valor solo a través de los resultados. De igual manera, han sido definidas por González-Maura y González-Tirado (2008) como una serie de componentes cognitivos (como conocimientos y habilidades), así como motivacionales (actitudes, sentimientos, valores) que se

integran para garantizar un desempeño eficiente en alguna profesión. Por su parte, Ribes Iñesta (2006) menciona que ser competente implica atribuir que una persona puede hacer algo por que se tiene la experiencia o el conocimiento de cómo comportarse bajo la lógica de una categoría episódica.

Por su parte, Ibañez (2007) menciona que la planeación curricular por competencias debiera atender la necesidad de centrarse en la solución o prevención de problemas por parte del alumno, garantizando un desempeño efectivo bajo criterios de logro de determinada tarea. El mismo autor nos ofrece una definición de las competencias, que deben establecerse en el perfil curricular de los estudiantes para la ejecución efectiva en cualquier profesión, siendo estas las competencias profesionales. En paralelo, Charria et al. (2011) desarrollan una tipología de competencias semejante a la de Ibañez, en la que consideran además de las competencias profesionales, las académicas y las laborales, todas ellas caracterizadas por el desempeño eficiente del individuo en diferentes contextos y situaciones.

La educación formal es vital para el desenvolvimiento del futuro psicólogo, y se presenta la necesidad de identificar con claridad las competencias que se requiere desarrollar en los estudiantes (para el caso de aplicaciones educativas) o trabajadores (para ámbitos laborales), ya que una correcta definición permite abordar con claridad los esfuerzos que se han de invertir para un proceso formativo efectivo guiado por criterios claros de ejecución.

Un claro ejemplo de acción, orientado a resolver esta necesidad de claridad y congruencia, entre el ejercicio de profesionistas y demandas sociales, son los esfuerzos de la Unión Europea por unificar los criterios de inclusión laboral de sus alumnos en nivel profesional; a inicios del presente siglo se comenzó a dilucidar la necesidad de establecer un modelo educativo basado en competencias, que permitiera la transferencia de sus egresados de manera internacional, adecuándose a las necesidades de su contexto laboral. Es así que surge el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), en el que se comienza a tomar conciencia de la importancia de una mejora en los sistemas de enseñanza profesional. Con esta organización internacional se busca la movilidad, competitividad y comparabilidad en la educación superior de los países participantes (Gutiérrez Broncano y Pablos Heredero, 2010).

Este trabajo refleja la preocupación de mantener un estándar de calidad en la formación de sus profesionistas, no solo psicólogos, lo cual involucra un profundo análisis en las necesidades sociales y laborales, así como una reflexión y diagnóstico del sistema educativo actual y prospectivo. El ajuste del sistema educativo a nivel profesional, garantiza que los egresados se inserten al mercado laboral independientemente de la institución de la que egresen, o la región en la que se integren laboralmente, ya que el recién egresado poseerá por formación la serie de competencias, tanto profesionales como genéricas, que permitirán se inserte de manera eficiente al campo laboral; con este ejemplo queda de manifiesto que unificar el ejercicio profesional de calidad y atento a las necesidades sociales y laborales, tiene sus orígenes en la educación y su gestión, y más precisamente en la distinción de las competencias requeridas para atender el contexto laboral actual y prospectivo.

En México el encargado de regular, coordinar y promover el sistema basado en competencias en el plano de acción profesional es el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER), el cual define como competencias el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes individuales para desarrollar determinada actividad en su vida laboral, por lo tanto, aquella persona que posea dichas cualidades, se considera como competente (CONOCER, 2017). Esta institución se enfoca en regular, capacitar y reconocer las competencias

de los profesionistas en distintas áreas de acción; aun así, las competencias profesionales del psicólogo debieran atenderse desde la educación formal, además de regularse en el plano profesional.

Sin embargo, el concepto de competencias resulta complejo cuando se analizan los elementos que componen a una sola en el abanico de posibles competencias a desarrollar en los psicólogos en formación, las cuales pueden ser clasificadas de manera simplificada en genéricas (aplicables a cualquier ámbito) o específicas (aplicables a un ámbito en concreto), sin contar otra serie de clasificaciones más puntuales (González-Maura y González-Tirado, 2008). El primero de los elementos que componen a una competencia es el de conocimientos; en el caso del psicólogo, si se habla de conocimientos se hace referencia a información clave de naturaleza teórica, metodológica o técnica que implica el diferenciar y comprender las características de un elemento declarativo: factual, conceptual o procedimental en su nivel más básico (Díaz y Hernández, 2002); por ejemplo, teorías psicológicas, métodos de recolección de datos, o técnicas de entrevista. En este caso, al hablar de conocimientos no se hace referencia a la ejecución de los mismos, sino a la adquisición, comprensión y diferenciación entre los elementos instruidos en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Por otra parte, en el caso de habilidades se hace referencia a la serie de respuestas concretas que permiten un eficiente resultado en determinada situación, por ejemplo, habilidades de comunicación, de interpretación, o habilidad de solución de problemas. Para el caso de habilidades, cabe recalcar que implica la ejecución de determinados conocimientos en un orden, secuencia y grado que permite un resultado favorable, ya que al hablar de resultados eficientes se pone de manifiesto la ejecución exitosa de la habilidad.

Para continuar con el análisis, al hablar de destrezas se hace referencia al nivel de dominio que se tiene en determinada actividad. Este nivel de dominio se consigue con la exposición recurrente a la tarea en cuestión, lo que implica un grado de aprendizaje sobre determinada tarea. Las destrezas están altamente relacionadas con las habilidades, e implican una tendencia positiva a realizar determinada tarea de manera eficiente. Por lo tanto, no es extraño que al hablar de habilidades también se hable de destreza, por ejemplo, en las habilidades de comunicación interpersonal se puede adquirir la destreza de negociación o de convencimiento, siempre y cuando sea evidente el nivel de dominio en dicha tarea.

Y para concluir, se habla de actitudes individuales al establecer un juicio valorativo hacia cierta situación de carácter social, con lo cual es posible determinar las respuestas a ciertos eventos (Ubillios, Mayordomo y Páez, 2004). Como ejemplo, el psicólogo organizacional puede tener una actitud favorable o desfavorable hacia el subempleo, o sobre la pobreza, o de carácter más funcional como las relaciones laborales. Sin embargo, la actitud representa una probabilidad de respuesta, más no una tendencia, por lo tanto, se desarrolla desde la experiencia del sujeto y es influenciable y modificable en dependencia a la exposición de los resultados de su actitud.

Una vez detectados los elementos de una competencia profesional, es reconocible la dificultad que representa la formación basada en competencias, ya que es requerida la convergencia de dichos elementos para poder hablar de un profesional competente, y en muchos casos se toma solo el término para ajustarse a la tendencia educativa sin tener en cuenta lo que representa una educación de esta índole (Gallart y Jacinto, 1995).

Reto en la formación de psicólogos: Convergencia entre competencias y congruencia disciplinar

Para el caso de la formación del psicólogo basada en competencias, se debe apelar a un sentido integrador de conocimientos, habilidades y actitudes, más allá de la solución de problemas temporales y de contextos aislados. Esta integración es posible al unificar a la psicología como ciencia y como solucionadora de problemas sociales en el sentido adaptativo; no basta con atender la problemática aislada o con generar conocimiento teórico sin aplicación en el contexto social; se requiere formar a los psicólogos para atender la demanda social con procedimientos, técnicas y aproximaciones teóricas sustentadas en la evidencia proveniente de la comprobación científica, sin procedimientos mágicos o posturas solucionadoras sin comprobación de resultados.

Al realizar esta integración de la disciplina, será posible responder de manera eficiente a los retos del ámbito del trabajo independientemente de su naturaleza; es decir, si se atendiera a una formación por competencias teniendo como base una disciplina científica y social, se podría hacer frente de manera eficiente a cualquier problemática del campo de elección, en este caso, el laboral. Y en este sentido, las tareas cotidianas de un psicólogo en las organizaciones pasarían de un ejercicio técnico a uno profesional, en el cual independientemente de si se realiza alguna actividad típica del departamento de recursos humanos como reclutamiento, selección, capacitación, evaluación del desempeño, o planes de desarrollo organizacional, se planearían y ejecutarían las actividades antes mencionadas de manera eficiente, atendiendo a los principios de científicidad.

La educación por competencias implicará el eje rector de una formación unificada, en el cual se garanticen el ajuste y adaptación del psicólogo organizacional derivado de su amplia gama de capacidades y cualidades responsivas, en el cual se encuentren conocimientos, habilidades y actitudes que permitan un ejercicio profesional congruente y coherente con los principios de la disciplina; y aunque en ocasiones las organizaciones busquen o prefieran a un recién egresado para moldearlo a su modo de trabajo y cultura organizacional, la sólida base formativa permitirá que este se adapte adecuadamente a su centro de trabajo, ofreciendo un alto nivel de desempeño para el cumplimiento de objetivos organizacionales, y por consiguiente, el cumplimiento del objetivo de su formación profesional.

El reto en la formación del psicólogo en México es tener en la mira la evolución social, prestando atención a la responsabilidad que le confiere a un psicólogo un título profesional. No se trata de egresar por egresar, de formar por formar, de sumar personas con títulos universitarios, de cumplir con números más que con responsabilidades sociales. Los cambios crecientes que se avecinan obligan a las instituciones educativas a prestar atención en la preparación de sus estudiantes, de esos futuros psicólogos que probablemente se desenvolverán en un ámbito tan importante como lo es el trabajo. ¿Cómo atender a este reto? Unificando la formación del psicólogo con base en el enfoque de las competencias profesionales, y de una disciplina integrada, lo cual permitirá responder a la sociedad con ética, profesionalismo, y congruencia disciplinar.

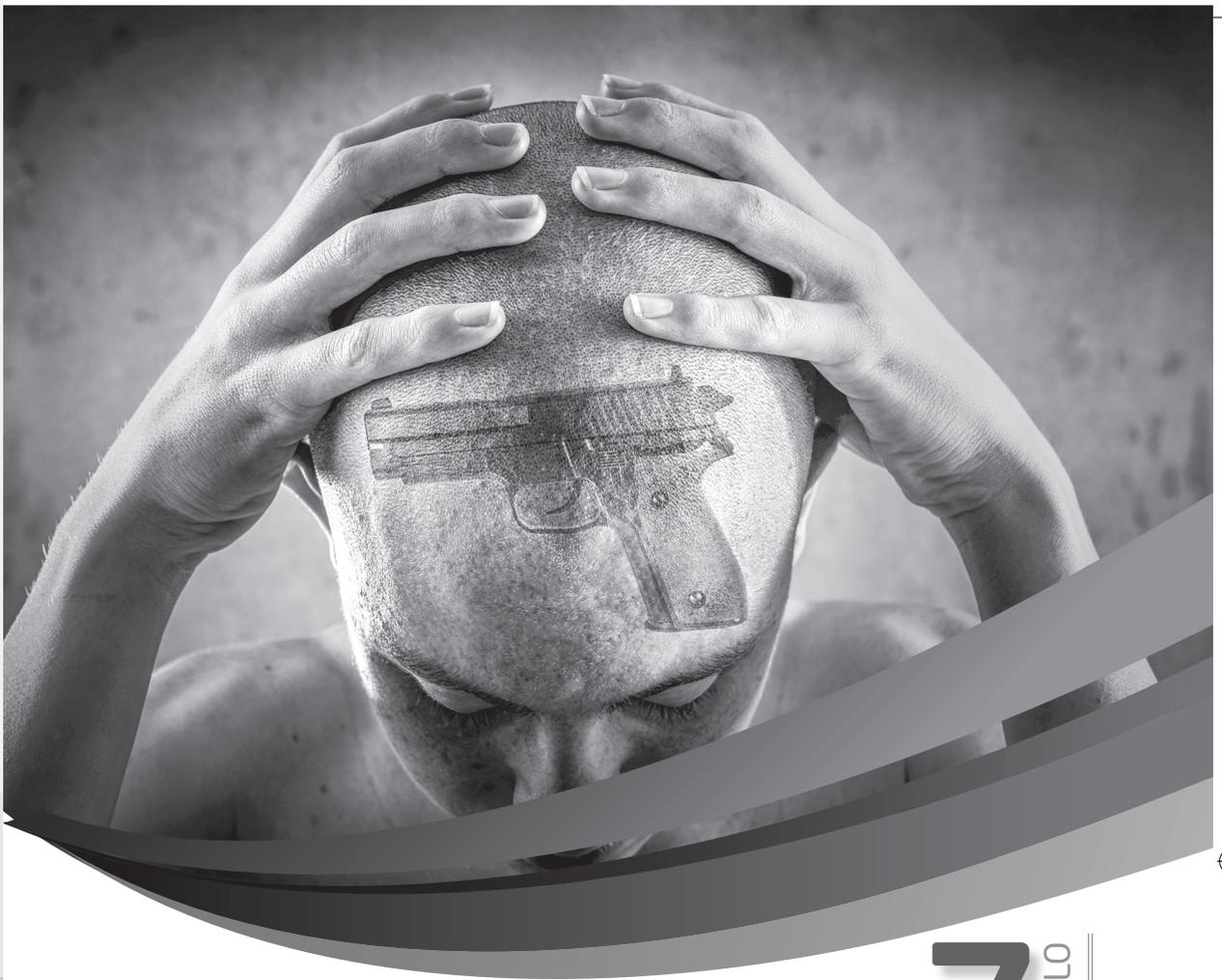
Referencias

- Ardila, R. (1972). *Psicología del trabajo*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Bakule, M., Czesaná, V., y Havlípková, V. (2017). *El desarrollo de estudios prospectivos, escenarios y anticipación de las competencias: Guía para anticipar y ajustar la oferta de competencias con la demanda del mercado del trabajo. volumen 2*. Montevideo, Uruguay: OIT/Cinterfor.
- Benavides, F., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J. M., Jarque, S., y Berra, A. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria*, 16: 222-229.
- Berger, P. y Luckmann, Th. (1977). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Blank, W. E. (1982). *Handbook for developing competency-based training programs*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Charria, V., Sarsosa, K., Uribe, A., López, C., y Arenas, F. (2011). Definición y clasificación teórica de las competencias académicas, profesionales y laborales. Las competencias del psicólogo en Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 28: 133-165.
- Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (2017, 29 de marzo). *¿Qué hacemos?* Recuperado el 10 de septiembre de 2017 de <http://conocer.gob.mx/que-hacemos/>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, (1917), Artículo 123. Seguridad y Protección para los trabajadores. Fracciones XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXIX, XXX, XXXI.
- Cox, T., Griffiths, A., y Rial-González, E. (2000). *Research on work-related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities: European Agency for Safety & Health at Work.
- Dejours, Ch. (1990). *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Humanitas.
- De Pablo Valenciano, J. y López Alonso, J. (2013, enero-marzo). Diagnóstico y análisis de los niños, niñas y adolescentes trabajadores en América Latina. *Revista de Ciencias Sociales*: 106-119.
- Díaz, F., y Hernández, G. (2002). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista* (2a. ed.). México: McGraw-Hill.
- DSM IV TR (2002). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Enciso, F., y Perilla, L. E. (2004). Visión retrospectiva, actual y prospectiva de la psicología organizacional. *Acta Colombiana de Psicología*, 11: 5-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79801102>
- Freudenberger H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1): 159-166.
- Gallart, M. y Jacinto, C. (1995). Competencias Laborales: Tema clave en la articulación educación-trabajo. *Boletín de la Red Latinoamericana de Educación y Trabajo, CIID-CENEP*, año 6, núm. 2. Recuperado de <http://www.oei.es/historico/oeivirt/fp/cuad2a04.htm>
- Garabito Ballesteros, G. (2009, enero-junio). Sentido del trabajo e identificación en los jóvenes trabajadores de McDonald's. *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*: 69-80. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39348723005>
- García-Ubaque, J., Riaño-Casallas, M. y Benavides-Piracón, J. (2012, junio). Informalidad, desempleo y su empleo: Un problema de salud pública. *Revista de Salud Pública*: 138-150. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42223293012>
- Gómez Támez, A. (2016, 8 de octubre). La realidad del empleo y desempleo en México. *El Financiero*. Recuperado de <http://www.elfinanciero.com.mx/opinion/la-realidad-del-empleo-y-desempleo-en-mexico.html>

- González-Maura, V. y González-Tirado, R. (2008). Competencias Genéricas y formación profesional: Un análisis desde la docencia universitaria. *Revista Iberoamericana de Educación*, 47: 185-209.
- Gutiérrez Broncano, S. y Pablos Heredero, C. (2010). Análisis y evaluación de la gestión por competencias en el ámbito empresarial y su aplicación a la universidad. *Revista Complutense de Educación*, 21(2): 323-343.
- Ibáñez, C. (2007). Diseño curricular basado en competencias profesionales: una propuesta desde la psicología interconductual. *Revista de Educación y Desarrollo*, Número XIX (6). Recuperado el 22 de octubre de 2017 de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/6/006_Bernal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Censos Económicos*. México: INEGI, c2015. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825077952.pdf
- Kahnemann, Daniel (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. México: Debate.
- Kalimo, R., El-Batawi, M., y Cooper, C. L. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: OMS.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence." *American Psychologist*, 28: 1-14.
- Merton, Robert (1949). *Teoría y estructura sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Morin, Edgar (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. UNESCO
- Organización Internacional del Trabajo (2010). *Lista de enfermedades profesionales de la OIT*.
- Organización Internacional del Trabajo (2016). *Seguridad, Salud y condiciones de trabajo de la OIT 105a. Reunión*.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Global Plan of Action on Workers' Health 2008-2017*. Sixtieth World Health Assembly. Mayo. Recuperado de www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R26-en.pdf.
- Pêcheux, Michel (1978). *Language Arts & Disciplines*. Ed. Gredos.
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-035-STPS-2016, publicada en el *Diario Oficial de la Federación (DOF)* del 26/10/2016.
- Ribes Iñesta, E. (2006). Competencias conductuales: Su pertinencia en la formación y práctica profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1): pp. 19-26.
- Salcedo Megales, D. (1994). *Elección social y desigualdad económica*. México: UAM-Anthropos.
- Shore, Bradd (1998). *Culture in Mind: Cognition, Culture, and the Problem of Meaning*. Oxford University Press.
- Siller, Gabriela (2017, 23 de marzo). Cómo va la economía de México. En: *El Financiero*. Recuperado de <http://www.elfinanciero.com.mx/monterrey/como-va-la-economia-de-mexico.html>
- Trápaga Ortega, M. (2014, octubre). La Psicología de las Organizaciones: Retos y perspectivas. Escuelas de Ciencias Sociales. México: *universidad de las Américas*. Recuperado de <http://blog.udlap.mx/blog/2014/10/lapsicologiadelasorganizacionesretosperspectivas/>
- Ubillos, S., Mayordomo, S., y Páez, D. (2004). *Actitudes: definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada*. Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S. y Zubieta, E. (Coords.), *Psicología Social, Cultura y Educación*: 301-339.

- Uribe, A., Aristizabal, A., Barona, A., y López, C. (2009, enero-julio). Competencias laborales del psicólogo javeriano en diferentes áreas aplicativas: clínica, educativa, social y organizacional. *Psicología desde el Caribe*: 21-45.
- Villagrán, S.(2017). Mobbing Docente Daño físico, económico y psicológico, caso en una Universidad Pública. *Revista Iberoamericana de Ciencias*. Estados Unidos. volumen 4 núm. 1 ISSN: 2334-2501. Recuperado de <http://www.reibci.org/feb-17.html>
- Zerubavel, E. (1996). *Social Mindscales: An Invitation to Cognitive Sociology*. Nueva York: Harvard University Press.





7

CAPÍTULO

Tejidos teórico-clínicos sobre la parentalidad y la criminalidad en adolescentes

Ma. Antonia Reyes Arellano
María Montserrat Arellano González
Reyna Karina Medina Candelaria
Ruth Vallejo Castro

Introducción

La precariedad de la sociedad y la segmentación de la política social (Dautrey, 2013) necesitan de más en más la cohabitación de las ciencias humanas clínicas y sociales, a fin de dar cuenta de los síntomas sociales. “Síntomas en tanto signos intersubjetivos del malestar cuyo escenario principal son las instituciones, síntomas que son además mantenidos por estas” (Assoun, 2001, p. 32). Este trabajo se orienta desde ese escenario para dar cuenta de síntomas sociales de lo subjetivo inconsciente; por un lado, de los avatares delincuenciales en los adolescentes, y acerca del sufrimiento o *pathos* psíquico parental, por otra parte. En el trabajo se describe también la puesta en marcha de dispositivos clínicos. Estos no son ajenos a grandes dificultades técnicas, metodológicas y epistémicas en su construcción cuando aspiran a abordar desde el psicoanálisis el fenómeno social en su magnitud subjetiva. Como malestar subjetivo hay que entender a los síntomas y al escenario trágico del dolor, del dolor psíquico correspondiente al malestar cultural actual, a las patologías de la época. Pues el psicoanálisis está ligado a la teorización a partir de esa experiencia.

Ese desafío se acompaña de grandes demandas para hacer frente “a las catastróficas consecuencias de un posmodernismo globalizante signado por el descrédito de los ideales, el temor a más consecuencias bélicas y al fracaso de las expectativas de mejoras en la vida económica y social de los pueblos” (Blanck-Cerejido, 2004, p. 87). En un estudio enfocado más particularmente al caso mexicano, Dautrey (2013) observa fenómenos propios de la posmodernidad relacionados entre sí para el caso: la precariedad en aumento de la sociedad mexicana, la segmentación de la política social y el reajuste en la producción de bienestar. Funcionamiento sintomático del cuerpo social, si se piensa en el concepto de síntomas sociales, acuñado por Marx, en el primer tomo de *El Capital*, del que Lacan tiene a bien reconocerle. Así, para Marx, “el síntoma social es la manifestación de un estado patológico de funcionamiento del cuerpo social” (citado en Lleyasoff, 1988, p. 175). Desde ese marco, el entrecruzamiento disciplinar de estudio en el tema de los adolescentes sicarios es obligado. No obstante, centrar los avatares subjetivos constituye en sí mismo un arduo ejercicio. Sobre la preponderancia social implicada en la dimensión psíquica, solo hay que recordar que, desde muy temprano, en aquella tesis doctoral de Lacan (1932) *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, el preponderante social se refleja en la relación entre las psicosis y el crimen, o en los actos agresivos de los primeros hacia ese mismo medio o hacia sí (Camargo, 1996, p. 38).

Por su parte, en cuanto a la temática parental, se muestran las relaciones de trabajo en instituciones desde la teoría y la clínica, desarrollando líneas de investigación y desde la cual se han adscrito estudiantes de pregrado y posgrado. Se trata, pues, de temas que son objeto de reflexión y de presentación de trabajos colectivos desde el seno del Consorcio de Universidades Mexicanas (CUMex) en la Cátedra de Psicología, dentro de la mesa de trabajo sobre psicología clínica y psicoterapia; donde se desarrollan líneas de investigación que conciernen al psicoanálisis. Estos trabajos se desprenden del trabajo académico, tanto en la clínica como en la investigación. Y en psicoanálisis el trabajo clínico es inseparable de la investigación pero, ¿de qué tipo de investigación? De la investigación que, en primera instancia, busca saber del enigma de sí, es decir, respecto al inconsciente y a la actividad psíquica, y que es la efectuada por los psicoanalistas. Pero otro modo inmanente también de la investigación se desprende de la adscripción del psicoanálisis en la ciencia. En ese sentido, el mismo Freud consideraba que podía adherirse él, en esa senda (Green, 2007), y es lo que muestra su obra. La tercera posibilidad al pensamiento psicoanalítico es la que se circunscribe

a hacer investigación con el psicoanálisis y que ha encontrado cohabitar, no sin grandes dificultades, en las universidades. Ese esfuerzo, ha logrado, como señala Leuzinger-Bohleber (2003, p. 268),

sostener la especificidad de sus experiencias profesionales (en el seno del marco psicoanalítico), de su objeto de investigación (deseos y conflictos inconscientes, etc.), de sus métodos de investigación (análisis de la transferencia y de la contratransferencia, de la asociación libre, atención flotante, análisis de sueños, etc.) y de sus criterios de verificación específicos de hipótesis psicoanalíticas (en la investigación clínica o extra-clínica) [...].

Ser un adolescente sicario en Michoacán

El contexto

Entre las distintas actividades que ejerce el crimen organizado, cobra especial relevancia el fenómeno del sicariato, entendida como la actividad donde la tarea a desempeñar es asesinar a sueldo con el uso de violencia vistosa; la conclusión de la tarea demanda un pago y condiciones de estatus que colocan al sicario en un lugar de poder dentro de una organización. Según Carrión (2009, p. 7) el sicariato puede definirse como:

Una institución compleja que encarna un sistema interdelincuencial con ribetes propios en el que aparece en una organización criminal que, primero, mata por encargo a cambio de una compensación económica y, luego, se convierte en una instancia autónoma de control de territorios, instituciones y sociedades.

En México el sicariato tiene su aparición en los años en que las luchas entre los carteles del narcotráfico se volvieron más populares, la pelea por el dominio de un territorio creó la necesidad de tener bajo su mando a personas que mataran por encargo.

El sicario mexicano (con una jerarquía muy superior a la del sicario de Medellín) es un importante miembro del cartel, un comandante de matones que cuenta con privilegios y con un pago muy elevado. Dicho dinero "le permite mejorar su condición económica en general y, además, dentro del cartel" (Schlenker, 2012, p. 85).

De esta forma, el fenómeno del sicariato se encuentra presente en la sociedad mexicana desde la década de los noventa, pero no fue sino hasta principios de la década del 2000 que comenzó a ser más popular entre la población; las luchas por la conquista de territorio y el enfrentamiento entre carteles trajo como consecuencia el incremento de sicarios en el país.

El sicariato, además de ser un fenómeno de violencia, actualmente forma parte de una profesión; se cobra por matar, se recibe un sueldo a cambio de un trabajo realizado y en algunos casos, cuando el sicario es autónomo, esta actividad es su principal sustento económico, vive de eso. Por lo tanto, a mayor fama que tenga este personaje mayor es el prestigio que tiene para su interés. Así, la muerte se convierte en un negocio, se paga por matar y se gana por matar.

En la mayoría de los casos, el sicario no existe en un mundo aislado, hay más personas involucradas en este fenómeno, existen organizaciones diversas, pero la más común es la del narcotráfico. Estas tienen bajo su mando todo un equipo de sicarios que trabajan para ellos y tienen sus respectivos códigos que funcionan como mandamientos por los que rigen su actividad y direccionan sus actos; de esta forma, el sicariato se convierte en una *extensión del narcotráfico*.

Barros-Quiroga (2010) propone tres tipos de sicarios: los *profesionales*, que evitan ser vistos incluso por los contratantes, los *improvisados* y los *oportunistas*; sin embargo, en una organización narcotraficante, la forma de operar del sicario es distinta: deja de ser autónomo para integrarse a una nómina dentro de dicha organización, la cual tiene un jefe ante el cual responde. El sicario actúa bajo el mando del líder del cartel y de los “jefes de plaza”, los cuales son gente de total confianza del patrón. Por lo tanto, el sicario aparece como el encargado de mantener el orden y la seguridad de la organización criminal; en este sentido, los sicarios ya no solo actúan por su cuenta, sino que se incorporaron a un sistema que les permite “trabajar” por un salario y además bajo el cobijo de un jefe que regularmente es alguien reconocido y respetado en ese ámbito, por lo que pasa a funcionar como parte de una organización.

El pertenecer a una organización coloca al sicario en un lugar de poder, de decisión entre el que vive y el que muere, es decir, le permite tener control sobre los otros, sobre sus semejantes, otros que a su vez retroalimentan su imagen a partir de lo que la sociedad piensa de esta actividad, lo que va provocando una imagen propia de estatus y poder.

Estas organizaciones cuentan con todo un sistema para adherir a jóvenes, que van desde el adiestramiento en el uso de distintas armas de fuego hasta reglas que deben seguir al trabajar para la organización. Por ejemplo, en el cartel de los Caballeros Templarios existe un documento de inducción a la organización, según el artículo de *Animal Político* titulado *El nuevo mapa del narcotráfico en México* (2012 s.p.), que dice:

Sus integrantes tienen prohibido consumir drogas, conducir automóviles en estado de ebriedad, robar, secuestrar o agredir mujeres. Se rigen con un estricto código de conducta escrito por Nazario Moreno González, El Chayo o El Más Loco quien también fue el fundador de La Familia y que murió durante un enfrentamiento con la Policía Federal. Se trata de un manual con referencias bíblicas, consejos motivacionales y refranes populares. El documento fue utilizado desde el 2000 como guía en centros de rehabilitación de adictos a las drogas en Michoacán.

El reclutamiento de jóvenes por los grupos de la delincuencia organizada es obligatorio cuando los adolescentes son integrantes de una familia en la cual los padres participan de esta organización, por lo que los hijos de antemano se encuentran comprometidos a seguir en la corporación.

En otros casos, el reclutamiento de jóvenes es voluntario porque la adhesión a alguna organización criminal les otorga estabilidad económica, así como un estatus social en la región. Es debido a este reconocimiento social que algunos de los jóvenes deciden enlistarse en este tipo de movimientos armados, aunado a la carencia de trabajo y oportunidades, en la zona de Tierra Caliente en Michoacán. Los ingresos que esto les representa les evitan una vida llena de carencias que han venido sufriendo desde pequeños.

González, en una nota publicada por el diario *La Razón* titulada: “Los niños del narcotráfico” (2010), coloca el fragmento de una entrevista con un adolescente sicario, quien refiere sobre sus ingresos por esta actividad:

- ¿Cómo te llamas?
- Cristian García Martínez, alias *El Cris*.
- ¿Con quién trabajas?
- CPS (Cartel Pacífico Sur)

- ¿Quién te manda?
- El mero patrón es Abel Maña y el jefe de los sicarios es *El Negro*, Julio Radilla, Ricardo, alias *Solais*, este *Ponchis*, Alanis, Edwin, alias *Arcángel*.
- ¿Cuánto te pagan por cada gente que matas?
- Tres mil dólares por cabeza y cuando nos encontramos los contras, nos damos con ellos, matamos a inocentes, para que nos pague, taxistas o albañiles, o los hacemos pasar por sicarios o mañosos.

Por su parte Emmerich (2011), en su documento de trabajo de grado titulado *Cruce de fuego: niños, niñas y adolescentes en el narcotráfico mexicano*, reporta que en México de 2008 a 2011 se integraron “hasta 35 mil niños, niñas y adolescentes menores de edad”, según cálculos de organizaciones civiles, es decir, alrededor de 9,000 menores por año.

Sin embargo, según la ONG Red por los Derechos de la Infancia (REDIM, 2012) se ha registrado un aumento en el reclutamiento de adolescentes al conflicto armado, ya sea militar o como sicario en una organización de narcotráfico, siendo la segunda la de mayor popularidad; pero no existe una cifra oficial certera de la cantidad de adolescentes que se encuentran inmiscuidos en estas actividades. Esto, por un lado debido a la complejidad que este cometido representa; por otro lado, se debe a que en México no existe un sistema de información sobre la niñez, solo se cuenta con cifras aproximadas, como las que aporta la REDIM; sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados por las organizaciones civiles, es necesario desarrollar un sistema de información sobre la niñez y adolescencia en México, pues recordemos que los adolescentes, hombres y mujeres, participan activamente en el fenómeno del sicariato.

La identidad adolescente en la cultura del narcotráfico

La etapa de la adolescencia está caracterizada por la búsqueda de la identidad, un grupo al cual pertenecer, saber qué dirección tomar en la construcción de sus ideales y bajo qué principios o reglas el joven se puede guiar. Todos estos aspectos representan un reto para el adolescente, cuya característica es una búsqueda constante en la que tiene que dejar de ser niño para convertirse en un adulto inmerso en una sociedad.

Si analizamos con más detenimiento lo que implica ser adolescente, podemos partir de los imagos que conforman al menor durante la primera infancia, donde la identificación primaria se lleva a cabo con el padre. No es sino hasta que el sujeto enfrenta la conflictiva edípica que el niño se ve obligado a renunciar a la posibilidad de relacionarse con el padre del sexo opuesto, de esta manera el pequeño dirige la investidura de objeto hacia el padre del mismo sexo dando paso a la identificación con el padre. El tránsito por la conflictiva edípica permite el fortalecimiento del yo como resultado de las identificaciones que se encuentran ligadas hacia la figura de los padres, surge entonces el ideal del yo o superyó.

Como resultado más universal de la fase sexual gobernada por el complejo de Edipo, se puede suponer una sedimentación en el yo, que consiste en el establecimiento de estas dos identificaciones, unificadas de alguna manera entre sí. Esta alteración del yo recibe su posición especial: se enfrenta al otro contenido del yo como ideal del yo o superyó (Freud, 1923-1925/1990, pp. 35-36).

Con la formación del ideal del yo, las identificaciones con los padres se han incorporado al yo, el superyó es ahora la instancia heredera de los mandatos paternos encargada de advertir y prohibir al yo, así como en un primer momento lo hiciera el padre. En este momento el superyó se convierte en un sustituto del padre y toma el papel de limitar los deseos y las pulsiones del sujeto, mientras más intenso sea el complejo de Edipo, mayor será la fuerza del superyó y su capacidad prohibitoria con el yo.

El superyó conservará el carácter del padre, y cuanto más intenso fue el complejo de Edipo y más rápido se produjo su represión (por el influjo de la autoridad, la doctrina religiosa, la enseñanza, la lectura), tanto más riguroso devendrá después el imperio del superyó como conciencia moral, quizá también como sentimiento inconsciente de culpa, sobre el yo (Freud, 1923-1925/1990, p. 36).

Sin embargo, el ideal del yo no solo se queda con la figura paterna como modelo a seguir, pues a medida que el niño va creciendo y se incorpora en la vida social, surgen nuevas figuras importantes en su vida, figuras que también le representan autoridad, y que por alguna sienten un tanto de respeto o admiración; estas figuras pueden ser los maestros o personas reconocidas en la comunidad. De esta manera, la figura del sicario cobra importancia como posible modelo a seguir, cuando la imagen del padre no sea lo suficientemente fuerte para imponerse sobre la figura del sicario y se tome a este como ideal del yo.

Así, el mismo autor (Freud, 1923-1925/1990, p. 38) señala que “en el posterior circuito del desarrollo, maestros y autoridades fueron retomando el papel del padre; sus mandatos y prohibiciones han permanecido vigentes en el ideal del yo y ahora ejercen, como *conciencia moral*, la censura moral.”

En la actualidad, el adolescente se encuentra perdido en un mundo de falsos héroes y líderes ante los cuáles no sabe claramente discernir, queda bombardeado por estímulos a los cuales no sabe de qué manera responder. En el estado de Michoacán continuamente vemos en las calles a adolescentes que se identifican con características propias de grupos delictivos, se sienten narcos o se sienten sicarios escuchando cierto tipo de música, donde los enaltecen e incluso llegan a tener algún rasgo que se le atribuye al estereotipo del sicario. Esta forma de actuar es resultado de la aparición reciente de la narcocultura, que ha ido tomando fuerza no solo en el estado, sino también en el resto del país. Entiéndase por narcocultura aquella que presume de un estilo de vida en la cual el sujeto se posiciona como un sujeto de poder, donde existe la corrupción, drogas, alcohol, armas y mujeres, combinados con una serie de lujos y excentricidades que muchos adolescentes aspiran a tener y poseer.

En el estado de Michoacán, tanto hombres como mujeres participan activamente en el fenómeno del sicariato, muchos de estos aún son adolescentes y cada día es mayor el número de jóvenes que se unen a las filas del crimen organizado, abriendo camino a lo que denominamos el fenómeno del sicariato adolescente.

Numerosas publicaciones y reportajes de nivel nacional mencionan que se ha registrado una baja en la media de edad de incorporación en las organizaciones narcotraficantes, y los adolescentes ahora se han convertido en la principal fuente de ingreso para estas corporaciones. Siguiendo a Regullo (citado en Emmerich, 2011, p. 4), actualmente los adolescentes y niños no diferencian entre ser policía o sicario, exceptuando por la cantidad de dinero que se percibe por cada una de estas actividades:

Las figuras que representan la dimensión ética de la sociedad se encuentran deterioradas y no hay una correspondencia entre los valores éticos y el reconocimiento social, en los ojos de muchos niños y niñas no hay diferencia cualitativa entre el policía y el narcotraficante.

El punto crucial no solo está en el tomar por mano propia la decisión entre la vida y la muerte de un semejante (que en sí esto ya es grave), está además la falta del acto de conciencia de que la vida del adolescente que se enlista en estas organizaciones está igualmente en peligro. Al respecto Najjar (2011, s.p.), en un reportaje de la BBC Mundo titulada *Los "niños soldados" del narco en México*, señala lo siguiente: "Según datos oficiales, en los últimos cuatro años han muerto en esos enfrentamientos 2,526 adolescentes, y de estos 346 son menores de 15 años". Este mismo periodista publica años más tarde otra nota en el mismo diario titulada *¿Por qué el narco recluta a miles de jóvenes en México?* (2013, s.p.), en la que asevera que "Hay un uso indiscriminado de adolescentes y de jóvenes, chicos de 13, 14 o 15 años que trabajan como halcones (vigilantes), como sicarios, en el empaquetado de la droga, secuestro de personas o la vigilancia de las casas de seguridad".

Con base en este reportaje, se denuncia que los jóvenes antes de los 14 años no son legalmente responsables de sus delitos, recibiendo sentencias mínimas en tanto no lleguen a los 18 años de edad. Durante los enfrentamientos entre cárteles criminales se pierden muchas vidas, el incursionar de los jóvenes en las organizaciones delictivas permite recuperar a la gente perdida durante estas batallas, además de ser el sector más abundante de la población en México.

En cuanto al pobre control de impulsos que todo adolescente normal tiene, Laus (2015, p. 39), en su artículo *Los soldaditos del narcotráfico en Rosario. Construcciones discursivas y prácticas de gobierno*, propone que para considerar que un individuo sea peligroso no se basa solamente en los actos cometidos, sino en lo que este individuo puede hacer:

La peligrosidad está asociada así a los "motivos" que, en ciertas infancias, constituirían una especie de vía regia hacia una diversidad de funciones delictivas, como si se tratase de una propiedad intrínseca al individuo. La sujeción a la criminalidad se explica entonces más por los motivos y las condiciones, que por lo que el sujeto hace realmente en su ejercicio delictivo.

El adolescente se caracteriza por un proceso primario de la pulsión agresiva, el superyó construido inicialmente por la introyección de las figuras parentales sufre una reconstrucción, se da la repulsa de los cánones dictados por nuestros padres y la rebeldía se convierte en el personaje central de dicha etapa. Freud, en su texto *Sobre la psicología del colegial (1913-1914/1990)*, propone que los afectos ligados en los primeros seis años generarán las actitudes afectivas del ser humano, las cuales se pueden modificar, pero ya no cancelar; es decir, siempre estará presente la parte afectiva en toda la vida del ser humano, en la adolescencia sufren un cambio, por sustitutos de sentimientos, a estos les llama imagos. Los imagos son representaciones de las experiencias de la generación de los primeros afectos, es decir, es una especie de herencia de los sentimientos experimentados en esa primera infancia.

Lacan (1948/2008, pp. 105-106) anticipa aún más la implicación de estas primeras relaciones en la construcción psíquica del sujeto:

En la primera infancia quedará la que, entre los seis meses y los dos años y medio, domina toda dialéctica del comportamiento del niño en presencia de su semejante.

Durante todo este periodo se registrarán las reacciones emocionales y los testimonios articulados de un transivitismo normal.

Así, el padre viene a tomar un papel fundamental en la vida psíquica del adolescente, puesto que es la figura que mayor representación tiene; en un primer momento es el ser perfecto e idealizado, con el cual el niño se identifica; quiere ser como él, lo considera la persona perfecta; sin embargo, esta percepción cambia a medida que el niño crece.

Al llegar a la adolescencia se ubica otro sentimiento en el joven en relación con su padre, ya no se trata solo de querer ser como él, sino de ocupar su lugar, es decir, ser el que ocupa el lugar del padre. "El padre es discernido también como el hiperpotente perturbador de la propia vida pulsional, deviene el arquetipo al cual uno ya no quiere solo imitar, sino eliminar para ocupar su lugar" (Freud, 1913-1914/1990, p. 149). Aquí surge una ambivalencia de sentimientos porque se quiere al padre, pero al mismo tiempo se tiene un sentimiento de hostilidad hacia él, y ninguna de las dos mociones se pueden cancelar, tienen que coexistir dentro de una dinámica ambivalente y hay que considerar que, así como es natural el juego en la infancia, en la adolescencia se da el acto, este es un componente importante en esta etapa.

Siguiendo esta idea, el lenguaje que utiliza el adolescente para comunicarse es la actuación, cuando su realidad interna está desbordada se encuentra en el adolescente el pasaje al acto, dice Flechner (2003, pp. 169-170): "El actuar se aparta de la vía de la renuncia, dirigiéndose en busca de la satisfacción inmediata, dejando así suspendidos los parámetros espacio-temporales en lo que atañe a la representación."

Aberastury (2001) por su parte propone que el adolescente tiene que asumir "el nuevo cuerpo" que va acompañado de otros factores que constituyen el periodo adolescente, entre ellos la necesidad de actuar y ser sujeto de su vida; la caída de los ídolos paternos, la necesidad de unión a grupos y la experimentación con su propio cuerpo.

Ese experimentar con el cuerpo del adolescente puede mostrarse en muchas formas de llevar sus nuevas capacidades a la práctica, poniendo o buscando los límites de las capacidades del cuerpo. Por ejemplo, se retan unos a otros a hacer cosas que a los adultos les parecen absurdas; sin embargo, ellos lo viven como una forma de demostrar su poder o capacidad de dominar al otro. Charbert (2000, citado en Flechner, 2003) propone que cuando la realidad queda excesivamente desbordada, el adolescente hace lo que se conoce como pasaje al acto, entendiendo este como aquel acto que se ha llevado a cabo de manera impulsiva, sin ser analizado, llevando lo pulsional sin dilación, es decir, con poco control de impulsos.

Otra dimensión de criminalidad es la concerniente al acto del secuestro. Y la dimensión subjetiva en el secuestrador constituye un polo de indagación desde el psicoanálisis. En el estudio de Morales y Reyes (2011) se subraya la dificultad de los secuestradores para detenerse a pensar en sí y para meditar en sus problemas personales. Por esa poderosa razón no sorprende que ellos, no reconozcan las implicaciones ni asuman la responsabilidad del acto criminal, a pesar de que pueden tener registro de ello. Es decir, no son capaces de asumir la responsabilidad de sus acciones y menos aún considerar su alcance. Esto, en suma, evidencia la brecha irreconciliable entre culpabilidad y responsabilidad del secuestro. Por otra parte, "hay que saber que reconocer el acto no implica necesariamente asumirlo en la subjetividad" (Morales y Reyes, 2011, p. 64).

En estos, como en los adolescentes sicarios, prima de igual forma el pasaje al acto. Tanto en ese estudio del fenómeno del secuestro, otros fenómenos de perturbación social tan tristemente

sonados, feminicidio incluido, pueden avanzar una máxima: en los actos criminales la preponderancia de mecanismos psíquicos de quien los perpetra. Gallo (2007) es de los autores que destacan la dimensión subjetiva del sujeto criminal desde el psicoanálisis, resaltando la dinámica psíquica de la subjetividad que impulsa a un ser de lenguaje a convertirse en criminal.

Por la vía de los mecanismos psíquicos, otro tenor sintomático ha convocado a pensar una clínica tratando los sucesos tempranos de la vida psíquica y desde los argumentos resultantes de prácticas de intervención clínica realizadas en un hospital público de San Luis Potosí. Conforme al enfoque psicoanalítico, para ese acercamiento se siguen los principios metodológicos y técnicos del psicoanálisis, tanto en su formalidad como en su contenido. Y se asiste, bajo el triple registro de la práctica, la teoría y el método para realizar la intervención bajo la premisa del caso por caso.

Para lo anterior, los principios del aparato teórico, los procedimientos metodológicos y técnicos del psicoanálisis constituyen los fundamentos de intervención clínica en su formalidad. Así, la práctica o acciones clínicas que permiten que suceda la intervención con apellido psicoanalítico, implica no solo tener presentes los objetos formales del psicoanálisis, esto es, la teoría, la metodología y la técnica que le son propias, sino también la exigencia para un trabajo que es por denominación: analítico. De esa formalización, la composición en cuanto a su contenido, sigue en rigor, tales prerequisites. Dicho de acuerdo al planteamiento de Braunstein, Pasternac, Benedito y Saal (1989), el método va por coconstituir la situación (o práctica) clínica que constituye el punto de partida y zona del trabajo que, a su vez, se instaura por un conjunto de procedimientos técnicos para favorecer la emergencia individual y el reconocimiento de las formaciones del inconsciente, a fin de producir significaciones de ellas. A ese dispositivo técnico-terapéutico se inserta el cumplimiento de reglas, una, relativa a la atención flotante por parte del clínico, y la otra concerniente al paciente, que es la regla fundamental que consigna “decir todo”. Esto dicho, los objetos teóricos principales del psicoanálisis, a saber, las teorías del aparato psíquico, del Edipo y de las pulsiones; tanto como los instrumentos conceptuales con los que se hace referencia a la transferencia, la interpretación y la construcción, en tanto procedimientos técnicos irrefutables del psicoanálisis, toman todo su valor, no solo en la “producción de conocimiento” al esclarecer los significados inconscientes, sino al producir “objetos de conocimiento”¹, como lo señalan Braunstein et al. (1989, p. 211), “solidarios con una serie de recursos técnicos fundados con la teoría y que constituyen los dispositivos metodológicos”. Lo anterior constituye el dispositivo psicoanalítico de los psicoanalistas. Y adheridos a ese modelo, pero con las especificidades propias de intervención en el escenario hospitalario, es necesario transponerlo, considerando todos sus recursos, lo que para el caso resulta implícitamente fundamental y necesario. Lo anterior constituye los desafíos implicados en la investigación-intervención desde el saber de lo inconsciente, por un lado, así como las dificultades y retos que se imponen en el escenario institucional por otra parte, que es donde esta clínica se desarrolla.

¹ Términos de Pasternac implicados en el dispositivo psicoanalítico

Modelos en psicoanálisis y marcos conceptuales en la intervención

Los modelos con frecuencia, como señala Assoun (1981, p. 11) se presentan “como teorías, metodologías, verdaderas filosofías de las ciencias y hasta doctrinas”. Bajo los referentes dispuestos, en los modelos, se sigue la propuesta de este psicoanalista francés de abordar el término modelo tanto por su formalidad, es decir, a partir de los principios de base de una teoría, como por su contenido. Assoun (1981) propone entender el término modelo como los referentes de desciframiento dispuestos en una práctica científica reglada.

El método de la propuesta clínica sigue los modelos técnico-psicoanalíticos de intervención clínica predominantemente, próximo a los teóricos de la vida psíquica temprana, desde Winnicott, pasando por la referencia príncipes freudiana principalmente, hasta llegar a Lebovici, Klein y a autores tales como Spitz, Bowlby y Candilis, quienes profundizan algunas pistas ya anunciadas por Freud. También algunos elementos de la teoría lacaniana sostienen la pertinencia teórica de algunos conceptos fundamentales para la clínica del *pathos* psíquico parental. La metodología consiste en hacer intervención clínica desde la regla de la escucha libre flotante, es decir, de todo el lenguaje intersubjetivo del sujeto, prestando atención a las formaciones psíquicas inconscientes vertidas en lapsus, actos fallidos, síntomas y en los sueños expresados. La intervención es *in situ*, y en el trabajo de laboratorio (de *labos*: trabajo) es donde se desarrolla la interpretación de los hallazgos con la asesoría del psicoanalista, quien funge a la vez como director de tesis. El modelo, que se desprende del planteamiento freudiano, consiste en la puesta en marcha de las herramientas disponibles en la situación analítica para atender el psiquismo desde la premisa del caso por caso. El trabajo de interpretación de los hallazgos, término lógico al psicoanálisis en lugar del término: resultados (que siguen normalmente otros enfoques), precisa de un quehacer meticuloso donde los conocimientos, la experiencia y el dominio teórico se ponen en juego.

El *pathos* psíquico

Una condición patológica en el sentido kantiano alude a lo relacionado con la sensibilidad, las pasiones, los sentimientos y los sufrimientos, en suma, es el encuentro de un eje de abordaje de lo clínico parental que desde entonces no ha cesado de reflexionarse. Se trata de una clínica interesada por el *pathos* psíquico parental, la cual ha estado construyendo unidades del cuidado y sostenimiento psíquico y subjetivo a mujeres embarazadas, al neonato y a la condición patológica de los progenitores.

Esta clínica ha logrado construir unidades del cuidado y sostenimiento al neonato y a la condición *páthica* de los progenitores, comprendiendo allí específicamente a aquellos neonatos que de inmediato son conducidos a la unidad de cuidados intensivos neonatales, sometidos por el hecho de enfermedad orgánica o funcional y del defecto, así como a sus progenitores en cuanto a los obstáculos subjetivos del cuidado precoz. A saber, que esta línea de trabajo se genera a partir de una demanda del servicio UCIN: la muerte de aquellos neonatos una vez dados de alta. En ese contexto, la intervención en esos momentos cruciales de vida abre la vía de reflexión hacia una clínica sobre parentalidad (De Luna, 2014). Dos peculiaridades en el escenario de esta intervención lo hicieron un caso específico de atención: una es de parte del bebé y de sus padres; la otra alude a la situación hospitalaria.

En ese escenario, trabajar con el tema de parentalidad, ha permitido prever ciertas patologías psíquicas (patologías en el sentido de los postulados teórico-clínicos de la psicopatología fundamental, el *pathos* psíquico o sufrimiento psíquico aquí impuesto por el hijo en riesgo). La idea de construcción de lo parental y de lo filial fungió de guía en una propuesta de intervención donde el “agente clínico de la intervención” (De Luna, 2014) acompaña a padres y bebé en su interacción más primigenia y, por lo tanto, más temprana. Por cuanto a otra cara de trabajo, la constituyó la intervención clínica de la condición patológica de los progenitores, condición referida a los sometimientos del sujeto madre o del sujeto padre a sus sentimientos, a sus pasiones, a sus sufrimientos circunscritos precisamente al *momentum* singular del pasaje-hospitalario por embarazo, parto, por nacimiento, por abortos y por hospitalización del neonato en cuidados intensivos neonatales.

Así, ha sido necesario trabajar la clínica reconociendo su arqueología, ¿qué la constituye en ese breve pasaje? A propósito de la recurrente denominación de clínica por referencia a la práctica psicoanalítica, para Allouch (2011, s.p.) “La palabra clínica, es una palabra médica. Desde ahí el corte con la medicina no se efectuó y en cierta manera el prestigio de la clínica, agrega, es equiparable al prestigio del poder”.

Para el psicoanálisis se impone no obstante un registro a no eludir: se trata de la diferenciación del *practum* clínico médico del que Foucault, en su análisis de la clínica y su arqueología, ilustra contundentemente; en ese sentido, no es nada nuevo saber que la medicina no ha abandonado la clínica de la observación que se opone a la clínica de la palabra, es decir, a esa suscitada en un espacio específico y particularmente implícito en la situación analítica. O dicho desde la óptica lacaniana (1975, p. 85): “el espacio de la palabra embustera, punto de partida de la experiencia analítica”.

Ya Freud, de entre muchas de sus renunciadas a la medicina neurológica y su investigación a los estudios de la cocaína, por citar solo dos ejemplos, no pierde la fe “hasta el fanatismo”, del hecho aislado, es decir, del hecho como tal. Se trata de un fanatismo al *factum* “hasta tal punto que Freud parece no haber tenido en el fondo, más que transferir al síntoma, material de la objetividad clínica, ese fanatismo obstinado del hecho como tal, experimentado en las figuras anteriores de su práctica, desde la anatomía, hasta la farmacología” (Assoun, 1981, p. 23). Es la epistemología freudiana, cuya herencia parece señalar Allouch con la frase de la clínica, tanto alusiva a cierto poder como al desliz de la palabra “clínica” donde el corte con la medicina no se efectuó.

Pero el psicoanálisis es algo sólido. Se ha llegado a diferenciar el psicoanálisis puro del psicoanálisis aplicado a la terapéutica (Miller, 2013). Allí para implicar por excelencia al clínico.

En suma, son los hechos, el *factum* subjetivo durante el tránsito hospitalario en ese *momentum* singular propiciado, acentuado y *pathologizado* por embarazo, parto, por nacimiento, por abortos, y por hospitalización del neonato en cuidados intensivos neonatales. Y allí donde una “Mayahuel” impera. En ese escenario interesa especialmente reconocer las posiciones subjetivas tanto institucionales como individuales en relación con el progenitor varón. Parentalidad, hay que recordarlo, implica a ambos progenitores en esas vicisitudes subjetivas, pero Mayahuel domina. Por eso *hay* que interesarse en el padre (Lacan, 1975).

Mayahuel o la madre toda

Aludiendo a trabajos arqueológicos, en el de Solares (2003, p. 316) no sorprende que se coliga a las divinidades femeninas en la cosmovisión religiosa del México antiguo con advocaciones de la tierra, el agua, la Luna, la embriaguez, el fuego, el sexo, el pecado, el nacimiento, el crecimiento,

la fructificación, la muerte, la enfermedad, la curación, la alfarería, el tejido, las artes, la “prostitución sagrada” entre otras. Cultos que, en ese periodo de la vida del México prehispánico se vinculaban “de manera esencial con la creación originaria, suprema matrix, madre tierra, materia de todo lo existente, de naturaleza partenogenética o engendrada a partir de sí misma” (Solares, 2003, p. 316).

En esa cosmovisión llama la atención la diosa Mayahuel. En el estudio antropológico de la cosmovisión prehispánica de esa autora, aparecen tres representaciones de esa diosa prehispánica. Una, la del códice Vaticano 3738, lámina XXIX; se le refiere desde allí como diosa del pulque, deidad con innumerables pechos, como “una señora que tenía 400 tetas. Madre de los 400 pechos alusión simbólica al poder nutricional e inagotable de su generosidad” (Solares, 2003, p. 331). Alusiva al magüey, el cactus por excelencia de México, aparece a su lado o dentro de ella en diversas imágenes. En el códice Borgia, por su parte, en la lámina 16, Mayahuel amamanta un pez como símbolo del elemento agua, quizá, señala Solares, en la que se sumerge, asociada con el nacimiento y la fecundidad. Se observan además sus pechos plenos que la delatan como diosa nutricia y fecunda. La tercera representación, esta vez según el códice Laud, lámina 9, Mayahuel aparece con los pechos plenos y las piernas abiertas en posición de parto y sentada sobre una tortuga (...) entre los mexicas era la protectora del parto “de los vientres maduros que se hacen vida” (Solares, 2003, p. 332). Pero a Mayahuel, en la cosmología religiosa del antiguo pueblo azteca, se le acentuaba un carácter terrorífico.

En esas principales representaciones es la suprema deidad, no solo de la fecundidad, sino del parto y de una abundancia de su néctar. Las 400 tetas simbolizan ese inmenso poder nutricional e inagotable de la que es capaz. Pero tremenda suficiencia, parece advertirla toda capaz, toda inagotable, toda abundante, y quizás por eso mismo, terrorífica para los mexicas.

La condición *toda* de la función materna, es necesaria y vital para el devenir constitutivo psíquico del nuevo sujeto. Al mismo tiempo, ese mismo estado conserva, sin el corte de la función paterna, el matiz aglutinador e inmensurable del imperio de la madre, del amo-madre de acuerdo con Lacan, que “es lo que permanece en su teoría como madre real, una madre insaciable, pero también todopoderosa” (Lacan, 1948/2008, p. 71). Y lo aterrador de esta figura de la madre en el pensar de ese psicoanalista francés es que es a la vez todopoderosa e insaciable (Vassallo, 2005).

El *pathos* de la madre adolescente; anulación del progenitor

¿Cómo se desarrolla el psicoanálisis en el Hospital del Niño y la Mujer? ¿Qué se hace para obrar conforme a lo esencial del psicoanálisis? Se hace clínica con la brújula del deseo de saber-saber de las pasiones, sentimientos, sufrimientos, condición pasional del *pathos* parental. Así, se parte del principio de la clínica, condición fundamental del dispositivo clínico en el encuentro con lo sorprendente enigmático, es decir, con aquello que sorprendió al clínico para volverlo susceptible a la indagación (Magtaz y Berlinck, 2011).

Colegir la representación simbólica de una moderna Mayahuel para el tema del embarazo en adolescentes, allí donde parece prevalecer el dominio femenino no resulta anodino. La concepción de la adolescente acerca de su estado de embarazo y en tanto futura madre, su relación con la familia de origen y la representación del futuro padre, constituyeron hallazgos relevantes de la clínica dispuesta. Además, el factor transgeneracional pareció imponerse pugnando por prescindir, anular o rebajar la figura del hombre (Monzón, 2012). Lo anterior a partir de los discursos subjetivos en el imaginario de la adolescente y de su madre. En la primera, la concepción, representación y

vinculación afectiva acerca de la parentalidad dio cuenta de la prevalencia imaginaria del padre como ese *algo* ignorado (Monzón, 2012).

Así, el padre imaginado con respecto al hijo prevaleció en sus funciones de “traer dinero a la casa” y con respecto a ella, hasta prescindir de él pues, “para qué lo quiero si mi familia me apoya mucho y están contentos con el bebé” (Lara, 15 años). Lo prescindible del progenitor no solo apareció en las adolescentes, también en las adultas; es el caso de Nila, de 30 años: “si no me da dinero para qué lo quiero”. Y Lena, 17 años: “él no sabe que estoy embarazada, pues me dejó por otra... no tiene derecho a saber de él...”.

La inclusión del varón, como se pudo notar, estaba presente en la medida que aportase como proveedor, un bien económico, como si el progenitor debiera “pagar” por devenir padre. Muy sorprendente resultó escuchar en el discurso, tanto del progenitor como de la embarazada, que se encuentra en ambos, *de facto*, la exclusión del hombre en la parentalidad. Respecto al discurso del padre propio prevaleció en las adolescentes un mutismo generalizado. Pero también se pudo escuchar paradójicamente que algunas mujeres presentaron mayor queja de salud, angustia, depresión post parto, dificultad en el apego al bebé, cuando no estuvieron acompañadas de su pareja.

Hoy por hoy el embarazo adolescente constituye un fenómeno de altas proporciones. Hacer intervención en ese campo mostró otros hallazgos sorprendentes, entre ellos, que quien inicia la fantasía de tener un hijo en la relación es el hombre. Que las adolescentes embarazadas denotan un preocupante alejamiento y extrañamiento del futuro hijo durante el embarazo. Que ellas no alcanzan a distinguir sexo, hijo y relación con este último. En el polo opuesto, los hijos en su fantasía se les imagina héroes que llegan a salvar de la soledad a la madre de las adolescentes, trayéndoles más hijos a su casa.

El *pathos* parental en crisis por situaciones de hospitalización del hijo

En relación con la interacción temprana, es importante el trabajo con padres de neonatos hospitalizados. Allí las funciones parentales y el *pathos* psíquico que se despliega en el contexto de hospitalización resultan comprometidos debido a la situación del inminente riesgo de vida en que se encuentra el neonato. Notando obstáculos inminentes en el transitar al mundo psíquico y subjetivo del neonato (De Luna, 2014).

En efecto, el hecho de la hospitalización del neonato confronta a sus progenitores con la propia magnitud psíquica y crítica, ligada, entre otros afectos, a miedos y fantasías; a duelos frente a la desilusión de la no correspondencia del hijo imaginado con el que ha nacido; a las culpas que les lleva a ver en él un justo castigo por una falta cometida, además de heridas narcisistas por no haber cumplido con el papel de padres de manera plena, ya que algunos consideran su paternidad y maternidad “a medias” al no haber logrado procrear un hijo “sano”. Aquí cabe, para entender el problema de este tipo de parentalidad obturada, enunciarse en términos de crisis, es decir, de crisis de las funciones de su ser de padres suspendidas y paralizadas por la irrupción de la hospitalización del neonato. Al mismo tiempo, en atención a tal crisis se propuso impulsar los primeros vínculos parentales generalmente insuficientemente presentes y actuantes (De Luna, 2014). En esa configuración se trabaja respecto del lugar simbólico del hijo a ocupar en cada uno de sus padres, así como en la historia generacional, es decir, ser nombrado, aceptado e incluido en los registros de lo humano. De allí que se desprendan hoy en día otros trabajos (Domínguez et al., 2016) centrados en

la constitución psíquica y la auscultación estudiosa de las funciones relacionales del trinomio en los primeros momentos de vida, entendiendo allí a los progenitores y al bebé.

La relación perinatalidad-parentalidad es pues la del *mundo adulto parental* y el *mundo del bebé*, dimensiones que constituyen como se viene mostrando un considerable terreno de estudio en los planos clínico y psicopatológico de esa *conjunción*.

El sacrificio en la maternidad y las funciones del padre

La dimensión de la madre-toda no deja indemne a la mujer implicada. Las situaciones de separación y divorcio, de más en más crecientes, constituyen el campo de auscultación preponderante de las funciones parentales. En esa constante reflexión teórico-clínica se desprende la atención portada a la subjetividad implicada en el sacrificio materno y la interrogante clave de la posición del padre en sus funciones. Ejes auscultados en un DIF local. Allí, en atención a madres y padres en tales circunstancias, se desprenden representaciones subjetivas de uno y otro lado, remitidas a esa circunstancia vivencial de separación y de divorcio. En cuanto a la maternidad las representaciones subjetivas del sacrificio en la maternidad conformaron un hallazgo mayor (Zúñiga, 2017), donde la contradicción entre el deseo de mujer deseante se contraponen a la consigna social del deber transmitido tanto transgeneracional como culturalmente: a toda costa anteponer la maternidad con el mandamiento: "Primero está tu hijo".

Pero, ¿cómo se implican las funciones del padre en esas situaciones de separación y de divorcio? Posmodernidad obliga, parece que el padre de hoy en día fluctúa entre el *padre edípico*, héroe trágico que sigue su deseo hasta las últimas consecuencias, al grado de eliminar a quien se interponga en su camino (el primer evento trágico en la célebre obra *Edipo Rey*, de Sófocles, es esa donde en el cruce de un camino, Edipo mata a Layo a raíz de una disputa, sin saber que la víctima es su progenitor) y el *padre Telémaco* que, por el contrario, pugna por asumir su lugar de ley. Telémaco encuentra en la ley orden y posibilidad, pues no la concibe como un obstáculo. El reclamo de esta figura no es de una ley jurídica que venga a castigar, sino de una ley que humanice, y que salve su casa; para Telémaco el malestar se encuentra en que la ley de la palabra es humillada y ultrajada (Duarte, 2017).

En este escenario las problemáticas se hacen cada vez más complejas. Quizás la más relevante es la de la urgente disposición de la escucha del *pathos* parental. Y a partir de esas dimensiones arqueológicas de la clínica, implicadas en rigor con la demanda, la transferencia, las reglas parejamente flotantes, la trasmisión de cierto saber-saber de sí en tanto analizantes alguna vez, y sobre todo del deseo del clínico advenido. Se trata allí, en otras palabras, de lo que llama el deseo de hacer clínica donde, por cierto, la ilusión por la erudición en la clínica no puede más que mantenerse en el principio rector de la incompletud.

Ante esas dificultades se trabaja animados por lo que caracteriza la investigación en psicoanálisis, que es el de trabajar con lo incierto a vocación de continuar con la reflexión del testimonio del analista, que trata de pensar lo que hace en su práctica y que implica tanto saber, que queda una parte oscura de misterio en los efectos que produce. Lo anterior es lo que estimula a los practicantes del psicoanálisis y a los analistas a pensar y a repensar de manera interminable el psicoanálisis. Saber en ese sentido que "lo que llamamos inconsciente es algo con lo cual no hay una buena comprensión" (Miller, 1992-93) no se acaba de comprender. Razón por la cual no se cesa de hablar de la piedra de toque del psicoanálisis: del inconsciente.

A manera de cierre

Los grupos, esos conglomerados de valor social e integrado de sujetos, precisamente se conforma no de cualquier sujeto. Para Assoun (2001, p. 7) se trata del “sujeto del prejuicio, esto es, de aquel que ha recibido o el daño, o el sentimiento de una privación que se ha incrustado en el inconsciente, o bien el trauma”, y eso, en el decir de ese autor, es lo que marca en gran medida su vivir diario. Por lo tanto, esta unificación del grupo humano, no podría estar escindida de lo que a nivel individual acontece con cada uno de sus integrantes (Perrés, 2000), es por eso que el individuo se convierte en el eje a partir del cual se analizan los fenómenos y no de parte de estructuras creadas por individuos (Duarte, 2017). En ese sentido, el predominio de lo social es irreductible en la subjetividad individual. Para el tema, convocado su relación con los fenómenos delincuenciales o con lo constitutivo a partir de las funciones parentales es lo que se ha querido mostrar. De ese aspecto social en su tesis de obtención de título de médico, Lacan (1975) se propone obtener una psicogénesis de la psicosis, y en ese marco el punto de lo social desde la relación entre psicosis y crimen, ya entre los actos agresivos de Aimée, la protagonista del emblemático caso de la psicosis paranoica, hacia otros personajes y, principalmente, hacia la actriz Hugette ex Duflos, meta de sus delirios de persecución.

Ese trabajo académico, defendido en 1932 (pero publicado 43 años después, en 1975), resulta emblemático para el estudio clínico en psicoanálisis en el tema de las llamadas estructuras psíquicas y particularmente, en el de la psicosis paranoica.

El trabajo, si bien no se propone profundizar en ese referente estructural de lo psíquico, alude, con el tema de la parentalidad y sus funciones, apuntalar hacia allí, hacia lo fundamental de los primeros vínculos del otro que incidirá en la estructuración de lo psíquico. El acto criminal como el de los sicarios o el de los secuestradores habrá que notarlos como síntomas de lo individual y, por lo tanto, síntomas de lo social en cuanto que no son actos aislados sino actos sociales, por lo que convocan a gran número de personas a poner en acto el hecho criminal.

Así, los adolescentes de esta era post moderna se enfrentan a riesgos a los que los jóvenes de algunas décadas atrás no estaban tan expuestos. Si bien es cierto que las pruebas y peligros que enfrentan los adolescentes hoy son en su mayoría iguales a los de hace algunos años, la diferencia radica en la proximidad de riesgos que tienen actualmente los adolescentes, uno de esos factores de riesgo es el incorporarse a una organización delictiva como la del narcotráfico; dentro de ella participar como sicarios exclusivos de dicha organización; o ser sicarios por cuenta propia, con la finalidad de, mediante esta actividad, acceder a cierto nivel de vida que de otra forma no podrían obtener, consiguiendo además un estatus y un lugar social al cual pertenecer.

Al ser la adolescencia una época de cambios, de conversión, de movimientos pulsionales de amor y odio, los jóvenes se inmiscuyen en actividades delictivas que conllevan violencia y agresividad que tienen como destino el cuerpo del semejante. La pulsión de muerte libra su camino en el acto del sicariato, donde el adolescente adquiere el poder máximo que puede tener un ser humano, el ser dador de vida o de muerte.

Con base en estas reflexiones se puede concluir diciendo que el sicario, para el adolescente, cobra una imagen idealizada y perteneciente a una determinada población o comunidad; el sicario se convierte en alguien que es respetado y admirado por muchos de los habitantes, es posible que este sujeto se convierta en un fuerte contendiente para el ideal del yo que el joven ha venido

formando. De esta manera, en el sicario, el ideal del yo conformado por las introyecciones de las figuras paternas, es remplazado por un superyó perverso transgresor de la ley que es practicado por este personaje; en este sentido, la conciencia moral creada por la identificación con los padres es suplantada por una falsa conciencia que rige a estos personajes y cuyo estilo de vida se convierte en un ideal a seguir para los adolescentes.

Si a este proceso se le aúna que el joven cohabita en un entorno donde la narcocultura se abre paso, el adolescente modifica las normas del superyó por las normas de la sociedad en la que se desenvuelve, puede introyectar los cánones y reglas del sicariato al posicionarse este en una figura de respeto, poder y admiración en el entorno. El hecho de que el adolescente considere a los sicarios como figuras que ostentan un poder no solo hacia el semejante sino hacia la ley social, o lo que queda de ella, aumenta la posibilidad de considerarlos como modelos a seguir.

Es el pasaje al acto el marcaje subjetivo fundamental en los adolescentes sicarios, mecanismo psíquico que igualmente ocurre en el caso de los secuestradores. Así, preponderan los mecanismos psíquicos de quien los perpetra. Se trata de la dimensión subjetiva del sujeto criminal, eso que impulsa a un ser de lenguaje a convertirse en criminal.

Por cuanto al tema de la parentalidad, el trabajo instaurado lleva a pensar en efectos preventivos y hasta predictivos, pues allí se pone en juego lo preponderante del efecto de las funciones parentales. En el hospital que facilitó la puesta en marcha de estas intervenciones no solo se han ido conquistando espacios gracias a trabajos como los anunciados, sino que ha permitido que a la fecha se tenga una favorable recepción al proyecto dando lugar a demandas profesionales de más en más especializadas en el área clínica. Por lo anterior, el discurso psicoanalítico a través de la participación ha logrado sensibilizar y obtener una receptibilidad inusual. En efecto, los médicos, el personal de enfermería y trabajo social, desde su perspectiva, alcanzan a intuir que hay “algo más” que está en juego con los neonatos y sus padres; “algo” que impacta y que está más allá de lo meramente médico-biológico; se trata de lo que en rigor les resulta incomprensible y les supera, pero que reconocen que les compete en cuanto que alude a la vida de un nuevo ser humano, a la salud y atención que afecta en la calidad del servicio que prestan.

Ahora bien, las reflexiones desde el psicoanálisis en torno a los orígenes psíquicos, así como del vínculo del sujeto con las funciones parentales a las que se remite, no son nuevas. Allí, implicados intrínsecamente los periodos pre y perinatales, así como el aspecto parental, se erigen en tanto ejes de estudio para encaminar una clínica de lo parental y sus patologías. Clínica que se tramita a los orígenes, a las funciones de las figuras de madre y padre, a las patologías de los primeros vínculos parentales; a las funciones del padre y de la madre insuficientemente presentes, suspendidas, paralizadas o ausentes; a los estados traumáticos y situaciones de crisis, a los duelos y sufrimiento psíquico por eventos de hospitalización neonatal, pérdida del embarazo o por muerte del neonato en cuidados intensivos. Clínica que insiste en concebir parentalidad bajo la referencia a las funciones de los progenitores, es decir, tanto al padre y a la madre que lo devienen y, por lo tanto, situación psíquica que se pone en acto desde el comienzo de la vida de un nuevo sujeto.

Resulta importante resaltar que en el trabajo *in situ* descrito que atañe a las adolescentes embarazadas, se encontraron dos importantes hallazgos. Por una parte, lo que Bydlowski (2007) aporta en la conceptualización de “transparencia psíquica”: afloramiento de lo reprimido y, por lo tanto, estados de retraimientos de naturaleza narcisista que deja a la parturienta en estado de estupefacción y hace que se olvide de su bebé. Entonces se leyó como un fenómeno próximo a la

“bella indiferencia” de las histéricas. El otro hallazgo de igual manera relevante, da cuenta acerca de lo preponderante de la injerencia del padre desde esos primeros momentos de fundación de la vida psíquica del nuevo sujeto.

En suma, esa y otras vicisitudes desde una clínica que antepone la práctica de la escucha atenta y flotante puede tener efectos preventivos, cuanto no predictivos que posibiliten “pasar a otra cosa” en su ser y actuar de padres hacia su recién nacido hijo, pues el *pathos* psíquico que les aqueja los coloca en una indefensión equiparable con la de su hijo. Y lo anterior es posible dada la demanda institucional de formalizar desde la investigación lo que empíricamente el personal de psicología del hospital ha observado. Finalmente, mediante una clínica del *pathos* parental, es posible y altamente pertinente la invitación a la interlocución y a la viable relación de estrechar brechas de investigación entre el psicoanálisis y disciplinas médicas, en este caso, con la pediatría, la ginecología y la neonatología.

Referencias

- Aberastury, A. (2001). El síndrome de la adolescencia normal. En A. Aberastury, *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.
- Allouch, J. (2011, julio). Conferencia en Buenos Aires ¿Dónde está el psicoanálisis hoy?. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=6hbBC8b5Y2o>
- Animal Político. (2012, 10 de octubre). El nuevo mapa del narcotráfico en México. *Animal Político, BBC*, Recuperado de <http://www.animalpolitico.com/2012/10/el-nuevo-mapa-del-narcotrafico-en-mexico>
- Assoun, P. (1981). *La metapsicología* (p. 23). México: Siglo XXI.
- (2001). *El perjuicio y el ideal* (pp. 7, 11, 32). Hacia una clínica social del trauma. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Barros-Quiroga, J. (2010). El sicariato en la ciudad de Cuenca. *El sicariato en la ciudad de Cuenca*. Cuenca, Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca. Facultad de jurisprudencia, ciencias políticas y sociales de la escuela de derecho.
- Blanck-Cereijido, F. (2004). Avatares de la formación psicoanalítica, el autoritarismo en la transmisión del psicoanálisis. En: *El lugar del psicoanalista* (p. 87). Consejo Psicoanalítico Mexicano.
- Braunstein, M., Pasternac, M., Benedito, G. y Saal, F. (1989). *Psicología: ideología y ciencia*. México: Siglo XXI.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Francia: P.U.F.
- Camargo, L. (1996). Justicia a la locura. *Revista Acheronta*, 4: 23-42.
- Carrión, M. (2009). El sicariato: ¿Un homicidio calificado? *Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, 8. <https://doi.org/10.17141/urvio.8.2009.1120>
- Dautrey, P. (2013). Precaridad de la sociedad, segmentación de la política social: El caso de México. *Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe*, 4: 25-42.
- De Luna, S. (2014). *Aproximación clínica de enfoque psicoanalítico con padres de neonatos hospitalizados*. Tesis para obtener el grado de Maestría, UASLP.
- Domínguez, E. et al. (2016). Repensando la relación entre el psicoanálisis y la psicoterapia: un cambio paradigmático. *Temas de Psicoanálisis*, 11. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/2016/02/03/repensando-la-relacion-entre-el-psicoanalisis-y-la-psicoterapia-un-cambio-paradigmatico/>
- Duarte, R. (2017). *¿Y las funciones del padre? El pathos psíquico parental en procesos jurídicos* (p. 4). *Un estudio psicoanalítico*. Tesis para obtener el grado de Maestría, UASLP.
- Emmerich, N. (2011). *Cruce de fuego: niños, niñas y adolescentes en el narcotráfico mexicano*. Buenos Aires: Universidad de Belgrado.
- Flechner, S. (2003). De agresividad y violencia en la adolescencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 163-183: 169-170
- Freud, S. (1913-1914/1990). Sobre la psicología del colegial. En S. Freud, *Tótem y tabú y otras obras* (pp. 149, 243-250). Buenos Aires: Amorrortu.
- (1923-1925/1990). El yo y el ello. En S. Freud, *El yo y el ello, y otras obras*: (pp. 35-36, 38). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gallo, H. (2007). *El sujeto criminal: una aproximación psicoanalítica al crimen como objeto social*. Colombia: Universidad de Antioquía.
- González, S. (2010). Los niños del narcotráfico. *La razón*, pág. s/p. Recuperado de http://www.larazon.es/historico/7345-los-ninos-del-narcotrafico-NLLA_RAZON_346017

- Green, A. (2007). Le pluralisme des sciences et la pensée psychanalytique. En Emmanuelli, M. y Perron, R. (Ed.), *La recherche en psychanalyse* (17-38). Paris: PUF.
- Lacan, J. (1932). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Recuperado de <https://www.lacanerafreudiana.com.ar/2.5.1.1%20%20-LAPSICOSIS%20PARANOICA.%20TE-SIS%20DOCTORADO%20LACAN,%201932.pdf>
- (1948/2008). La agresividad en psicoanálisis. En J. Lacan, *Escritos 1* (pp. 94-116). México: Siglo XXI. 71, 105-106
- (1975). De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad (p. 85). México: Siglo XXI Editores.
- Laus, I. (2015). Los soldaditos del narcotráfico en Rosario. Construcciones discursivas y prácticas de gobierno. Uaricha, *Revista de Psicología*, 32-44: 39.
- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U, Ruger, B. y Beutel, M. (2003). How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patient´s well-being: A representative multi-perspective follow-up studie. *The International Journal Psychoanalysis*, 84: 263-290.
- Lleyassoff, R. (1988). A Psicanálise na instituição da Cultura. Sergio Aldo Rodriguez e Manoel Tosta Berlinck (Org) (175). Sao Paulo: Editora Escuta.
- Magtaz, A. y Berlinck, M. (2012). The clinical case as a basis for research in Fundamental Psychopathology. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 15 (1): 71-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142012000100006>.
- Miller, J. (1992-1993). *Conferencias Porteñas-Tomo 2* (p. 177). Desde Lacan. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. (2013). *El lugar y el lazo*. (p. 220) México: Paidós.
- Monzón, O. (2012). *La parentalidad: sus expresiones subjetivas en el discurso de la adolescente embarazada*. Tesis para obtener el grado de Maestría, UASLP.
- Morales V, Reyes M. (2011). Criminalidad y subjetividad en el acto del secuestro. En: *Delito e intervención social. Una propuesta para la intervención profesional* (64). Universidad de Guadalajara. CUCS, y Centro Universitario de la Costa Sur.
- Najar, A. 2011, 25 de marzo. Los “niños soldados” del narco en México. *BBC Mundo México*, Recuperado de: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/03/110324_mexico_ninos_soldados_narcotrafico
- 2013, 17 de diciembre. ¿Por qué el narco recluta a miles de menores en México? *BBC Mundo México*, págs. s/p. Recuperado de http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/12/131217_mexico_menores_adolescentes_reclutados
- Perrés, J. (2000). *La institucionalización del psicoanálisis*. Freud y la institución psicoanalítica. México: Círculo Psicoanalítico de México.
- Red por los derechos de la infancia en México (REDIM) (2012). *Los niños y la guerra*. Recuperado de http://www.derechosinfancia.org.mx/Temas/temas_guerra1.htm
- Schlenker, A. (2012). *Se busca. Indagaciones sobre la figura del sicario* (p. 85). Quito: Corporación Editorial Nacional.
- Solares B. (2003) *Madre Terrible, la Diosa en la religión del México Antiguo* (pp. 316, 331-332). México: Anthropos.
- Vassallo, V. (2005). *El concepto de madre en Melanie Klein y en Lacan*. Recuperado de <https://tiptiktak.com/el-concepto-de-madre-en-melanie-klein-y-en-lacan-6ffdab3e106ea64a9d6fbfb7f0bf16163116.html>
- Zúñiga H. E.A. (2017). Subjetividades de la maternidad: hallazgos de figuras sacrificiales en separaciones legales. Un estudio psicoanalítico.





8

CAPÍTULO

Intervención cognitivo-conductual en pacientes oncológicos

Alberto Seyler Mancilla
Eva González Rodríguez
Iris Rubí Monroy Velasco

Introducción

La transición epidemiológica se refiere al proceso de cambio en el perfil de enfermedad y causas de defunción en el que gradualmente disminuyen las afecciones infecciosas y parasitarias e incrementan las crónico-degenerativas. Estas requieren intervenciones especializadas en instituciones de salud de segundo y tercer niveles, que incluyen seguimiento, estudios clínicos y, en muchos casos, rehabilitación, lo que se traduce en enfermedades costosas tanto para la población como para el sistema de salud (Secretaría General del Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2010). En este grupo se encuentran los diferentes tipos de cáncer que también se denominan tumores malignos.

Aunque los avances en prevención y tratamiento del cáncer son significativos, la incidencia de esta enfermedad va en aumento. En la actualidad constituye la segunda causa de muerte a nivel mundial, ya que en el año 2015 ocasionó más de 8 millones de defunciones (aproximadamente una de cada seis muertes). Los tipos de cáncer con una mayor mortalidad fueron: pulmón, colorrectal, hepático, mamario y gástrico. Cerca de 70% de estas defunciones por cáncer aconteció en países de ingresos medios y bajos. Algunos de los factores que contribuyen al incremento de esta enfermedad son: el aumento en la proporción de adultos mayores, el menor número de defunciones por enfermedades infecto-contagiosas y la reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017; Rizo et al., 2007). Existen además factores de riesgo conductuales y dietéticos bien identificados: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, hábitos sedentarios, consumo de tabaco y alcohol (OMS, 2017). Se calcula que hasta 20% de todos los tipos de cáncer diagnosticados en Estados Unidos es ocasionado por la combinación de estos factores (American Cancer Society, 2017).

Con la introducción de la quimioterapia a los esquemas de tratamiento durante la década de los setenta, aumentó la tasa de supervivencia para pacientes con cáncer, se incrementó la tasa de sobrevida en pacientes libres de enfermedad metastásica, de 10 a 20% hasta aproximadamente 60%, lo que aunado al progreso en las técnicas quirúrgicas y en tecnología de diagnóstico, contribuyó también al decremento en el número de amputaciones (Eiser, Darlington, Stride y Grimer, 2001; Nagarajan et al., 2004; Aksnes et al., 2006; American Cancer Society [ACS], 2010). Sin embargo, esto ha significado también a corto plazo tratamientos estresantes para el paciente (y su familia), y a largo plazo discapacidad funcional, distorsión de la imagen corporal, dificultades sociales y laborales, y deterioro de la calidad de vida en general (González-Rodríguez, 2014; Hewitt, Weiner y Simone, 2003).

El paciente con cáncer afronta de forma constante situaciones que representan un reto tanto físico como psicológico, que demandan ajustes cognitivos que les permitan un desempeño acorde a su condición, lo que hace patente la necesidad de aprender información que les ayude a entender la enfermedad, adaptar sus sistemas de creencias, adquirir habilidades de afrontamiento y hacer cambios en conductas específicas, objetivos que pueden lograrse mediante la intervención psicológica.

Dentro de la psicología clínica se encuentra la subespecialidad de psicooncología, la cual se especializa en la promoción de la salud mental de personas con cáncer. Esta rama de la psicología discrimina factores propios de la psicopatología previa a la enfermedad oncológica, así como, la psicopatología que puede desarrollarse por la enfermedad y por la terapéutica consecutiva (González-Ramírez, 2016). La psicooncología básica de gestión se realiza por el oncólogo primario,

mientras que las medidas psicooncológicas específicas requieren capacitación especial psiquiátrica y psicoterapéutica (Sperner-Unterweger, 2011).

Al respecto, se sabe que el estilo y la calidad de vida, así como el bienestar del paciente con cáncer, dependen en gran medida de la participación activa de las personas involucradas en el tratamiento. Por lo tanto, se debe facilitar la participación activa en los programas de integración que incluyen vínculos con los profesionales, los recursos con los que se cuenta, la integración de terapias complementarias y convencionales, el apoyo emocional, y el papel activo del propio paciente en la toma de decisiones y en su autocuidado (Brazier; Cooke y Moravan, 2008).

Debido a que el funcionamiento emocional se relaciona con la calidad de vida, es importante tomar en consideración los aspectos sociodemográficos y psicológicos tales como edad, estado civil, lugar de origen, residencia y ocupación. Así como sintomatología depresiva, de ansiedad, de trastornos de la personalidad, entre otros, ya que esto podría servir como base para satisfacer las necesidades personales y específicas de apoyo al tratamiento del cáncer (Ernstmann et al., 2009).

Asimismo, mediante revisiones sistemáticas de la literatura se ha concluido que conocer la etapa de la enfermedad (Hernández et al., 2012), el tipo de cáncer (Llewellyn, Horney, McGurk, Weinman, Altman y Smith, 2013) e incluso el tratamiento médico específico (Mosher et al., 2011), resulta de gran importancia no solo para hacer frente a la enfermedad, sino para establecer objetivos y estrategias terapéuticas específicas.

La investigación ha revelado que los elementos más significativos en los protocolos de evaluación de personas con cáncer incluyen la exploración de sintomatología depresiva, ansiedad, fatiga, problemas sexuales y calidad de vida (Mercadante, Vitrano y Catania, 2010). Mientras que en pacientes con diagnóstico de cáncer recurrente a quienes se aplicó Terapia Cognitivo Conductual se han observado problemas de dolor, fatiga, calidad de sueño y trastorno de ansiedad generalizada (Kwekkeboom, Abbott-Anderson y Wanta, 2010). Por lo que se recomienda la terapia cognitivo conductual individual que incluya los componentes de psicoeducación, establecimiento de habilidades de adhesión terapéutica, reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento en respiración abdominal y relajación muscular, entre otras, para mejorar la calidad de vida (Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa, 2010; González-Blanch et al., 2017).

Finalmente, el abordaje psicooncológico con base en la teoría cognitivo-conductual se enfoca en “el aquí y el ahora”, es decir, se inicia sobre el motivo de consulta, tipo de alteración oncológica como, localización y estadio del padecimiento, así como el tratamiento activo al que será o al que se encuentra expuesto actualmente el paciente (Bautista, 2007). La intervención psicológica bajo este enfoque comienza una vez que el paciente es diagnosticado y continúa durante todo el tratamiento oncológico. Con ello se provee al paciente de las herramientas y habilidades que le permitan tener una mejor adaptación a la enfermedad, siendo la terapia cognitivo conductual la terapia de primera elección.

Antecedentes

Aspectos psicológicos del paciente con cáncer

El diagnóstico y padecimiento de una enfermedad que pone en riesgo la vida es una experiencia difícil de procesar para el paciente y su núcleo cercano (familiares, amigos), dado que supone un cambio vital. Para muchos tipos de cáncer no hay formas de prevención, cura o incluso un tratamiento

satisfactorio, por lo que a la incertidumbre respecto al futuro se agregan sensaciones de impotencia, miedo y la necesidad de saber cómo afrontarlos.

En el curso de la enfermedad el proceso de ajuste psicológico es inevitable, implica el duelo por la pérdida de la salud, la estabilidad y seguridad, de la rutina y lo cotidiano; pérdida del rol que solía tener dentro de la familia, el mundo laboral o social: pérdida del control, entre otras. Se ha observado que la pérdida de control puede llegar a ser una de las más desestabilizantes y desestructurantes en el ser humano. Las intervenciones psicológicas en pacientes oncológicos se enfocan en el esclarecimiento de la información relativa a la enfermedad y el tratamiento, en mediar y aliviar el dolor, atender las respuestas emocionales de los pacientes, sus familias y el equipo médico. Esta área de la psicología clínica incluye además el estudio de las variables psicológicas, sociales y conductuales que influyen en la prevención, riesgo y sobrevida de quienes sufren este padecimiento. Su propósito final es aliviar síntomas psíquicos y tratar de alcanzar la humanización de los tratamientos. Procura también conocer y describir los diversos modos de afrontamiento de la enfermedad oncológica, los factores que influyen sobre ella y las estrategias terapéuticas útiles (Cabrera-Macías, López-González, López-Cabrera y Arredondo-Aldama, 2017).

Las personas que sobreviven al cáncer se encuentran en mayor riesgo de morbilidad y mortalidad prematura debido a aspectos directamente relacionados con la enfermedad o por las comorbilidades previamente existentes e incluso aquellas que ocurren durante o después del tratamiento (McCabe et al., 2013; NCCN, 2013). Asimismo, los supervivientes de cáncer presentan (entre otros fenómenos) miedo a la recurrencia (Harrison, et al., 2011), necesidades de información y apoyo (Lee-Jones, Humphris, Dixon y Hatcher, 1997), cambios en el aspecto laboral (Vivar y McQueen, 2005), afectación en la calidad de vida (González-Rodríguez, 2014; Gotay y Muraoka, 1998; Pachman, Barton, Swetz y Loprinzi, 2012; Siegel et al., 2012), hasta 58% de esta población presenta depresión (Bober y Varela, 2012; Hewitt y Rowland, 2002; Molina y Feliú, 2011), mientras que ansiedad y estrés postraumático hasta 23 y 32 %, respectivamente (Messin, Milani, Slachmuylder y Razavi, 2010; Palao, Rodríguez, Priede, Maeso y Arranz, 2011).

Otras afectaciones comunes incluyen: fatiga, insomnio, neuropatía y dolor (Seyler, 2017), alteraciones sexuales como menopausia inducida por el tratamiento, alteración en la función gonadal y distorsión en la imagen corporal debidas a desfiguración quirúrgica (Stanton, 2012), entre otras. Por lo tanto, en este contexto es importante identificar factores de riesgo y de protección para la calidad de vida durante la supervivencia, y la atención psicosocial puede contribuir en varias formas. En un metaanálisis Osborn, Demoncada y Feuerstein (2006) señalan efectos positivos de terapias cognitivo-conductuales en depresión y ansiedad a corto plazo, así como en calidad de vida a largo plazo e identificando a su vez mayores beneficios en terapia individuales en comparación con terapia grupal, sin embargo, estas últimas han mostrado también ser eficaces (González-Blanch et al., 2017; Osborn, Demoncada y Feuerstein, 2006).

Principios teóricos sobre la terapia cognitiva

La aplicación de la terapia cognitiva al caso individual se basa en la conceptualización clínica cognoscitiva del o los trastornos o problemáticas en cuestión. Lo que la define es la planificación e implementación del tratamiento de acuerdo con los principios y la metodología cognoscitiva. La TCC no debe reducirse a un conjunto de técnicas, sino a una manera de pensar y organizar la problemática del paciente en un conjunto conceptualmente integrado de datos. Esta terapia parte

de un modelo cognoscitivo que incluye fundamentación epistemológica, principios teóricos y una metodología específica que guían la recolección de información significativa y la generación constante de hipótesis clínicas (Riso, 2009). El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y de la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanentemente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes (Beck, 2000).

La mayoría de los tratamientos que se tienen en TCC están dirigidos a la depresión, el estrés y la ansiedad, puesto que son las afectaciones más frecuentes entre la población. Sin embargo, existen algunos principios definidos por Beck (2000) y Freeman (2004) que podrían utilizarse de forma general en los casos:

- Principio 1: la terapia cognitiva se fundamenta en una conceptualización cognitiva del paciente y sus problemas. El terapeuta encara el estudio del paciente en un espectro de tres niveles: a) interacciones entre los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas con las emociones, las conductas motoras y sus relaciones con el ambiente; b) los autoesquemas implicados y las estrategias de autopercepción asociadas con ellos; c) los esquemas de segundo orden (la visión del mundo del paciente) y sus relaciones con las demás estructuras cognitivas. La información obtenida a través de diversos procedimientos de recolección de datos permitirá la planificación de las intervenciones.
- Principio 2: la terapia cognitiva enfatiza la colaboración estrecha con el paciente, donde ambos trabajan mancomunadamente (alianza terapéutica) para superar los problemas manifiestos y no manifiestos que aquejan al paciente (Mazzucchelli y Ritorto, 1996). El terapeuta habla abiertamente de los objetivos que se pretenden alcanzar en la terapia e interviene de manera directa para eliminar los síntomas o desarrollar habilidades específicas. El paciente no es pasivo ni se limita a obedecer indicaciones del terapeuta sino que, por el contrario, asume una participación activa y responsable frente a sus cambios.
- Principio 3: planear y alcanzar objetivos y resolver problemas concretos. El terapeuta ayuda al paciente a identificar objetivos y avanzar gradualmente hacia ellos. Muchos pacientes con alteraciones severas tienen dificultades para definir sus objetivos y mantenerse en ellos de manera coherente. Por lo que el terapeuta necesita mayor tiempo para identificar objetivos consistentes y desarrollar estrategias de resolución de problemas.
- Principio 4: la terapia cognitiva es educativa, tiene por objetivo enseñar al paciente a ser su propio terapeuta, y pone énfasis en la prevención y las recaídas. Este aspecto obliga a ir más allá de los problemas concretos del paciente e identificar e intervenir sobre aquellas estructuras cognitivas profundas que determinan la vulnerabilidad de base para prevenir la alteración y crear inmunidad psicológica (Beck, 2000). El paciente aprende cómo se originan y desarrollan sus esquemas negativos, qué los dispara y qué los mantiene, cómo se autoperpetúan y de qué manera deben controlarse o modificarse los pensamientos negativos responsables del malestar. El terapeuta enseña que no es la situación en sí misma la responsable de las reacciones disfuncionales, sino la interpretación que se hace de la misma, y que dicha interpretación es resultado de un procesamiento central subyacente, relativamente estable (Hollon, 2003).

- Principio 5: se destaca tanto el presente como el pasado. En el estudio y modificación del esquema nuclear o central, se incluye de forma fundamental el pasado para lograr la modificación cognoscitiva, en tanto que permite que el paciente se apropie de su caso, lo internalice y pueda comprender cabalmente de manera global los factores que intervinieron en la conformación de su problema. El pasado o la historia previa está almacenada en la memoria episódica/conceptual, en el aquí y ahora, por lo tanto, es real y presente en tanto que puede afectar distintos niveles del procesamiento de la información. Por ello, es importante partir de técnicas cognitivas de reestructuración informacional de las experiencias pasadas (Young, 1994).
- Principio 6: las sesiones son estructuradas pero flexibles, ya que el terapeuta tiene que armar las sesiones de acuerdo con la complejidad o el diagnóstico del caso. Pero esto no significa que la estructura no pueda modificarse y que el terapeuta no tenga que apelar a su imaginación e improvisación (Beck, 2000).
- Principio 7: la terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el sistema de procesamiento de los pacientes. Lo que define la esencia del modelo psicológico no son las técnicas que emplea, sino el objetivo terapéutico que persigue y al que se adecuan las técnicas, tal es el caso de los pacientes oncológicos. Se puede recurrir a técnicas predominantemente cognitivas para modificar comportamientos motores, o técnicas conductuales para modificar estructuras cognitivas o afectivas. La meta es la modificación cognitiva del procesamiento de la información alterado en sus distintos niveles de complejidad.

Estos principios interactúan de manera compleja y forman una realidad única, dinámica y compleja en el paciente. El análisis de cada caso permite identificar las distorsiones que aquejan al paciente para estructurar las sesiones tomando en cuenta que puede haber cambios, ya que lo importante es la meta que se defina junto con el paciente.

Intervención psicológica en el paciente con cáncer

Diagnóstico

El diagnóstico de cáncer puede resultar una noticia que desestructura al paciente si este no logra elaborar una respuesta de afrontamiento adecuada ante el proceso y curso de la enfermedad (Aresca et al., 2004). El diagnóstico suele ir acompañado de distrés emocional que deriva de varios factores, por ejemplo, la sospecha misma del diagnóstico de cáncer, la pérdida de la salud, el miedo a la muerte, la preocupación por los seres queridos, por los efectos del tratamiento, la sobrevivencia e incluso el temor a la recidiva (Strong et al., 2007).

El impacto del diagnóstico incluye las respuestas conductuales generadas en el paciente tras haber sido informado de que padece cáncer; en estos casos la respuesta inicial suele ser en un primer momento de choque o bloqueo, así como intensas respuestas emocionales que incluyen la tristeza, el enojo, la ansiedad, los sentimientos de indefensión y la sintomatología depresiva. Además, son frecuentes las alteraciones en el sueño y el apetito, así como alteraciones en los procesos atencionales (Labrador y Bara, 2004).

Por otra parte, el paciente enfrenta en esta etapa de la enfermedad, el temor y la incertidumbre ante el futuro, por ejemplo, cuánto tiempo le queda de vida o cómo se desarrollará la enfermedad.

Además, la comunicación del diagnóstico de cáncer causa con frecuencia una impresión desagradable no solo en el paciente, sino también en sus familiares, lo que trae consigo alteraciones emocionales que provocan el cuestionamiento de su conducta y otros aspectos de su vida. El diagnóstico de cáncer modifica muchos de los aspectos de la vida cotidiana, tanto en el paciente como en su familia e incluso en su entorno más cercano.

Resulta frecuente que el paciente presente reacciones como la negación de la información que el médico le proporciona relacionada con el diagnóstico y también es común que se busquen otras opiniones. Al respecto cabe mencionar que el hecho de informar el diagnóstico de cáncer ha generado cierta discusión entre dos posturas, por una parte, la que sugiere que el paciente tiene derecho a saber la verdad pero, por otra parte, también tiene el derecho a no saberla si así lo desea. En términos generales se puede considerar que el paciente mejor informado es aquel que sabe solo lo que quiere saber (Flores, 2004).

Los constantes avances tanto en el diagnóstico como en el tratamiento médico de este padecimiento propician que los profesionales de la salud expertos en el área consideren relevante el bienestar psicológico del paciente con padecimiento oncológico, por lo que es indispensable ocuparse de garantizar la atención psicológica no solo en la etapa de diagnóstico, sino en las diferentes etapas de la enfermedad; de igual importancia resulta entonces la creación de instituciones especializadas en el estudio de aspectos psicosociales del cáncer y la realización de investigación acerca del tema.

El cáncer, así como otras enfermedades crónicas y degenerativas, representa un suceso vital y de gran relevancia ya que, como se ha mencionado, no solo provoca un fuerte impacto emocional, sino también una amplia repercusión social en quienes lo padecen y quienes lo rodean.

Existen diversos factores que vale la pena mencionar, como el hecho de que una vez que el paciente recibe el diagnóstico de cáncer, efectivamente, se manifiestan un conjunto de reacciones emocionales, mismas que dependen y están estrechamente relacionadas con, por ejemplo, los rasgos de personalidad, los recursos de afrontamiento que se poseen, el tipo de cáncer, y un conjunto de factores externos tales como el apoyo social que recibe, de las condiciones materiales, económicas y de vida; de modo que las respuestas emocionales se enmarcan dentro de un amplio espectro multifactorial.

Un claro ejemplo resulta del conocimiento de la relación entre tipos específicos de neoplasias y las diversas reacciones emocionales que provocan. Este es el caso del cáncer de próstata, del cual se sabe del reconocimiento de diferencias emocionales en función de la personalidad, los recursos psicológicos y otras cuestiones como percibir la masculinidad amenazada, presentar sentimientos de vergüenza, evitar las discusiones sobre el diagnóstico, la falta de honestidad consigo mismo y/o con el médico, así como el temor de pedir ayuda, entre otras. Por otra parte, se sabe en el caso de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, que se trata de una afección que puede afectar la imagen con especial preocupación por el daño en la cara, la voz, así como en algunas funciones vitales como la digestiva, la deglución y/o la respiración (Mitchel, Ferguson, Gill, Paul y Symonds, 2013).

Algunos autores han evaluado la eficacia de la intervención psicosocial con base en conceptos de apoyo, expresión emocional, aspectos cognitivos y conservación de la dignidad. Asimismo, se ha utilizado medidas de ansiedad, depresión, calidad de vida y necesidad de apoyo, y se ha puesto de manifiesto la necesidad de facilitadores capacitados para implementar de manera sistemática dicho apoyo asociado con el cáncer. En esta fase resulta crucial evaluar el afrontamiento y la toma de decisiones para la participación del paciente en su tratamiento y autocuidado (Brazier et al., 2008).

Dado que el funcionamiento emocional se relaciona con la calidad de vida, también es importante considerar aspectos no solo psicológicos, sino también sociodemográficos relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Por ejemplo, se sabe que en la mayoría de los casos la población rural tiene mayor necesidad en los ámbitos de la vida diaria debido a los recursos, características personales, así como los traslados de su entidad para recibir el tratamiento; al ser factores que causan problemas no solo financieros sino también emocionales (Butow et al., 2009).

Algunos otros factores importantes de considerar son el sufrimiento, aislamiento, carga de la enfermedad y/o renuencia para aceptar el tratamiento, ya sea por el estigma percibido o por las dificultades al acceso a este (Turner et al., 2011).

Asimismo, se ha reportado que los trastornos de adaptación son comunes en personas con cáncer ya que 2.9% presenta trastornos depresivos mayores y 16.4% de las personas suspende el tratamiento antes de alcanzar una respuesta favorable (Shimizu et al., 2011). Por lo que evaluar el apoyo social percibido, la autoeficacia y los elementos asociados con el afrontamiento de la enfermedad, así como el ajuste al deterioro físico, cobran especial relevancia (Hernández, 2012). En esta fase, por lo tanto, es importante fortalecer estas áreas para maximizar a largo plazo la resistencia y adaptación (Llewellyn et al., 2013).

Tratamiento

La diversidad de los tratamientos oncológicos como la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia y la inmunoterapia, entre otros, resultan agresivos y dañan en mayor o menor medida al paciente. Durante esta etapa de la enfermedad son frecuentes la ansiedad, la depresión, la pérdida de control, el desamparo, la desesperación, el enojo y la culpa.

La mayoría de los tratamientos contra el cáncer son invasivos para el organismo por lo que generan efectos colaterales indeseables y en la mayoría de los casos desagradables. Dependiendo del tipo de terapia al que sea sometido el paciente pueden aparecer diversas reacciones como la caída del cabello, que puede afectar a su vez la imagen corporal; náuseas y vómitos, pérdida de peso, somnolencia, debilidad y diversas alteraciones psicológicas. Existe evidencia de los efectos positivos de un enfoque de resolución de problemas en la reducción de los síntomas, por lo que se recomienda la técnica para el manejo de síntomas en el paciente con cáncer (González-Blanch et al., 2017; Lee, Chiou, Chang y Hayter, 2010).

El temor por el tratamiento, la incertidumbre, la ansiedad y la angustia que acompaña a estos procesos requieren una atención sistemática de los servicios psicológicos, que además de trabajar para disminuir los síntomas y las reacciones emocionales negativas estimula los pensamientos y conductas más adaptativos en cuanto a los resultados del tratamiento, asimismo, se contribuye al mejoramiento de la dinámica familiar, que suele verse alterada y tornarse a veces complicada, lo que a su vez puede alterar el proceso de tratamiento y rehabilitación (Mitchel, et al., 2013). En pacientes con cáncer de mama en estadios I y II con depresión mayor que recibieron terapia cognitivo-conductual se observaron mejoras significativas en depresión, ansiedad, funcionamiento físico y social al emplear como componentes de intervención el entrenamiento en relajación, terapia cognitiva, exposición conductual, entrenamiento en resolución de problemas, higiene del sueño y entrenamiento en habilidades de comunicación (Hopko y Colman, 2010).

Los avances en materia de tratamiento contra el cáncer permiten que, en muchos casos, se detenga el avance de la enfermedad y por lo tanto se alargue la vida, lo que a su vez hace que el

proceso deje secuelas cada vez más prolongadas de impacto psicosocial y personal. Un ejemplo de ello son las amputaciones de diferentes partes del cuerpo, con lo que se puede conservar la vida, pero que trae consigo cambios importantes en la imagen corporal o sentimientos de minusvalía que comprometen la independencia de los pacientes, así como dolor recurrente como el dolor de miembro fantasma que resulta difícil de aceptar (Seyler, 2017). Además, dichos cambios afectan la autoestima de los pacientes, lo que puede resultar en el retiro, dificultades en la reinserción laboral o ser causa de limitaciones en las funciones antes ejercidas. Otro ejemplo es el de cáncer de mama, ya que se sabe que las mastectomías afectan de manera importante la autoestima de la mujer lo que a su vez modifica la dinámica en la relación de pareja (Romero y Cruzado, 2016). Además, se ve atentada la feminidad, lo que conlleva entre otras dificultades emocionales como ya se mencionó, el impacto emocional del diagnóstico, problemas de adaptación a los cambios físicos (fatiga, infertilidad, aumento o pérdida de peso, cambios en los patrones de sueño y alimentación), aislamiento, malestar psicosocial (depresión, baja autoestima y cambios en la imagen corporal), dificultades en las relaciones sexuales, redefinición o cambio de valores, cambios en las relaciones con las personas del entorno, así como miedo a la recidiva y/o a la muerte (Hernández, Pérez, Guerra, Treto y Grau, 2013). Así pues, por ejemplo, el cáncer en los genitales, en ambos sexos provoca emociones negativas como vergüenza, sentimientos de inferioridad y culpa (Almonacid, 2014); por lo que se requiere aprendizaje y adaptación para convivir con las limitaciones y secuelas generadas por la enfermedad o por el tratamiento.

El apoyo psicológico resulta entonces indispensable para enfrentar y desarrollar el proceso de readaptación a las nuevas condiciones, que en la mayoría de los casos va unido a un proceso de rehabilitación.

Periodo libre de enfermedad

En esta fase tanto los pacientes como los familiares suelen presentar emociones encontradas ya que, por una parte, se sienten tranquilos y optimistas con los resultados obtenidos con el tratamiento, y por otra, sienten inquietud ante la incertidumbre y cierto desamparo por no encontrarse bajo la vigilancia estrecha del personal de salud (Medina y Alvarado, 2011).

En población de sobrevivientes de cáncer se han reportado efectos adversos duraderos del tratamiento una vez concluido el mismo, incluyendo estrés postraumático relacionado con la enfermedad, ideas intrusivas, estrés generalizado y síntomas depresivos, los cuales se han tratado mediante terapia cognitivo conductual incluyendo componentes de psicoeducación, estrategias de autocontrol, reestructuración cognitiva, exposición guiada, habilidades de comunicación y promoción del apoyo social, logrando la disminución de la sintomatología en las áreas mencionadas (DuHamel et al., 2010).

La sobrevida del paciente con cáncer, libre de enfermedad demostrable durante periodos de tiempo relativamente largos es un proceso de negociación continuo por lograr la reinserción al mundo habitual en condiciones que exigen constantes sobreesfuerzos y recursos. Ello explica la necesidad de involucrarlos en los procesos de intervención psicológica encaminados a reconstruir el sentido de sus vidas. Los pacientes que lograron vencer la enfermedad experimentaron conscientemente o no, los estragos de este padecimiento, el dolor espiritual, físico, psicológico y social procedente del significado atribuido a este padecimiento y a la amenaza de la recidiva y de la muerte.

Recurrencia

También conocida como fase de recaída, se considera la etapa de mayor impacto, así como de difícil tratamiento debido en gran medida a que se desencadenan reacciones semejantes pero de mayor gravedad en comparación con la fase de diagnóstico. En esta etapa suelen verse exaltados tanto en el paciente como en sus familiares el enojo, la ira, la agresividad e incluso el aumento en las demandas ante la inconformidad o por las dudas ante el éxito del tratamiento (Medina y Alvarado, 2011).

En pacientes con diagnóstico de cáncer metastásico o recurrente a quienes se aplicaron ejercicios de relajación, imaginería e imaginería centrada en los síntomas se observó disminución de los niveles de dolor, fatiga y sueño (Kwekkeboom, Abbott-Anderson y Wanta, 2010).

Se ha recomendado además la exposición conductual, imaginería y entrenamiento en relajación para disminuir síntomas de ansiedad generalizada en pacientes ante la recurrencia (Montel, 2010).

Fase terminal

Durante la fase terminal, es decir, cuando la muerte es inminente, se requiere mayor apoyo de la familia, no solo debido a la enfermedad en sí, sino al deterioro del enfermo. Esta etapa resulta por demás angustiante, desesperante y dolorosa ante la propia muerte o la muerte de un ser querido (en el caso de los familiares). El paciente con cáncer terminal comúnmente presenta una gran cantidad de síntomas físicos como: fatiga, dolor, falta de energía, pérdida de apetito, anorexia, constipación y disnea (Laugsand, Kaasa, de Conno, Hanks y Klepstad, 2009; Teunissen, Wesker, Kruitwagen, de Haes, Voest y de Graeff, 2006) por lo que, en esta etapa, el tratamiento médico se dirige al control de dichos síntomas y a frenar, en la medida de lo posible, el deterioro en la calidad de vida del paciente, lo que se denomina cuidados paliativos. Para la OMS (2017) los cuidados paliativos son definidos como “un abordaje destinado a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, que afrontan los problemas asociados con una enfermedad amenazadora para la vida a través de la prevención y paliación del sufrimiento por medio de la identificación precoz”, la evaluación y el tratamiento cuidadoso de todas las problemáticas que afectan al enfermo, sean estas somáticas, emocionales, éticas, sociales o de otro tipo (Medina y Alvarado, 2011).

La intervención psicológica se enfoca en apoyar a pacientes y cuidadores primarios al final de la enfermedad y continuar con los cuidadores al fallecimiento del paciente para el manejo de las dificultades emocionales, conductuales, sociales y espirituales que afectan al paciente y a quienes lo rodean (Brooksbank, 2009).

Uno de los problemas emocionales más comunes en pacientes con cáncer terminal es la ansiedad; los reportes en diversos estudios indican prevalencias que van desde siete hasta 48% (Laugsand et al., 2009; Teunissen et al., 2006; Spencer, Nilsson, Wright, Pirl y Prigerson, 2010; Mitchell et al., 2011). La revisión de la literatura indica que el uso de técnicas de intervención cognitivo-conductual se considera adecuado para esta población (Savard et al., 2006; Lévesque, Savard, Simard, Gauthier y Ivers, 2004; Moorey et al., 2009; Chan, Richardson y Richardson, 2011; Greer et al., 2012). Los componentes más empleados son: principios de la terapia cognitivo-conductual; técnicas de relajación; identificación y reestructuración de pensamientos negativos, y planificación de actividades.

Con los principios de la terapia cognitivo-conductual se busca que los pacientes identifiquen la relación entre sus pensamientos, comportamientos, emociones y síntomas físicos, haciendo énfasis en el papel que cada uno tiene en relación con la ansiedad (Landa, Pérez, Sánchez y Covarrubias, 2014). El cambio de conducta en estos casos se enfoca, por un lado, en incrementar conocimientos, habilidades y actividades; por otra parte, busca la disminución de evitación de actividades, situaciones o comportamientos problemáticos (Dobson y Dobson, 2009; Moorey y Greer, 2012).

Las técnicas de relajación más empleadas son: relajación muscular progresiva, relajación autógena, imaginación guiada y respiración de labios fruncidos (Greer, Park, Prigerson y Safren, 2010; Chan et al., 2011; Greer et al., 2012). La elección de la técnica específica de relajación depende de las condiciones de cada paciente.

La identificación y reestructuración de pensamientos negativos es de las técnicas más empleadas y resulta una técnica por demás versátil, ya que siempre puede adaptarse a la forma de pensamiento particular del paciente, y en el caso de los que se encuentran en fase terminal de cáncer se introduce la posibilidad de abordar además pensamientos que pueden ser racionales pero disruptivos respecto al dolor, muerte o sintomatología en general (Cocker, Bell y Kidmans, 1994; Anderson, Watson y Davidson, 2008; Greer et al., 2010; Chambers, Foley, Galt, Ferguson y Clutton, 2012; Savard et al., 2006; Lévesque et al., 2004; Moorey et al., 2009; Greer et al., 2012).

Respecto a la programación de actividades, se ha incluido en los estudios la planeación de actividades generales, metas y tareas diarias (tareas del hogar como limpieza, cocina, arreglos en general, trabajo y *hobbies*), las cuales se programan tomando en consideración el estado físico del paciente (Anderson et al., 2008; Greer et al., 2010; Savard et al., 2006; Lévesque et al., 2004; Greer et al., 2012). Otro de los problemas identificados es que en esta etapa el progreso de la enfermedad ocasiona gran fatiga y como consecuencia los pacientes dejan de hacer las actividades cotidianas, lo que contribuye al incremento en sintomatología de ansiedad y depresión (Greer et al., 2010).

Finalmente, se debe tomar en cuenta que se ha reportado que hasta 20% de los pacientes que reciben por primera vez cuidados paliativos no sabe sobre su diagnóstico de cáncer terminal (Landa et al., 2014), por lo que se debe ser sensible y cuidadoso en la intervención.

Terapia cognitivo-conductual en pacientes con cáncer

Existe un sólido cuerpo de evidencia acerca de la eficacia y efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales para el tratamiento de diversos problemas psicológicos en contextos variados, incluidos los efectos psicológicos resultantes de padecer enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer; se han desarrollado tratamientos específicos para el campo oncológico, como la terapia psicológica adyuvante (TPA) de Moorey y Greer (2006) cuya eficacia sigue vigente (Cardoso, Fernández y Blasco, 2016); la cual fue desarrollada para complementar los tratamientos médicos y de rehabilitación, es una adaptación de la terapia cognitiva de Beck, que propone un modelo de adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer, de acuerdo con el cual las interpretaciones y evaluaciones que el sujeto hace respecto al cáncer son las que determinan sus reacciones emocionales y/o conductuales. Los objetivos de la intervención consisten en reducir el malestar emocional, mejorar la adaptación al cáncer, promover el sentido de control personal en el paciente, la participación en su tratamiento, desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para el manejo de los problemas relacionados con la enfermedad y fomentar la expresión de

sentimientos, particularmente los negativos. Este enfoque terapéutico es estructurado, de corta duración (máximo 12 sesiones), e incluye técnicas cognitivas y conductuales, las primeras orientadas a la identificación de las cogniciones desadaptadas y las segundas relacionadas con los comportamientos de los pacientes tienen a partir de las cogniciones, ambas están orientadas a los problemas actuales del paciente. Incluye también componentes educativos, de colaboración terapeuta-paciente y tareas para casa.

Las técnicas cognitivas que por excelencia se emplean están encaminadas a la modificación de pensamientos disfuncionales o poco adaptativos y al manejo emocional. Una de las principales técnicas cognitivas es la reestructuración cognitiva; el objetivo es que la persona, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada. Asimismo, los pensamientos son considerados como hipótesis y se trabaja para evaluar si estas son correctas o útiles para el paciente. Los pasos para la reestructuración cognitiva son:

1. Registro de pensamientos: se registran y se evalúan las emociones negativas. Se hace una caracterización de la situación, además de registrar las reacciones físicas, los pensamientos, el comportamiento y las consecuencias.
2. Comprender el impacto de los pensamientos sobre la emoción y la conducta: se explica y modela el A (situación), B (pensamiento) y C (emoción).
3. Debate socrático: se seleccionan los pensamientos que serán discutidos y comprobados, se cuestionan los pensamientos mal adaptativos o poco funcionales, se obtienen pruebas a favor y en contra de los pensamientos, se obtiene el grado de utilidad de mantener la creencia y la utilización de otros puntos de referencia para con el suceso.
4. Restitución de pensamientos adaptativos a partir de las metas del paciente: estos pasos se retoman como parte del trabajo clínico y se realiza desde la TCC. Para el desarrollo de esta intervención a continuación se describe cómo se utilizó esta técnica en pacientes con cáncer, se presenta de forma resumida y se incluyen los siguientes pasos:
 - a) Obtención de pensamientos automáticos y creencias. Identificación de los pensamientos o creencias relevantes al problema, una vez que se delimita el problema, el terapeuta debe explorar los pensamientos, emociones, conductas y sensaciones físicas asociadas.
 - b) Monitoreo de pensamientos automáticos. Una vez que el paciente se ha familiarizado con la noción de que los pensamientos están relacionados con las emociones, debe llevar un registro de esos pensamientos en una hoja de registro especial.
 - c) Evaluación de pensamientos automáticos y creencias. Cuando el paciente ha logrado identificar y registrar los pensamientos se debe detectar en qué clase de distorsión incurre para posteriormente refutar esos pensamientos con una respuesta alternativa que también se registra.
 - d) Búsqueda de alternativas. El paciente explora diferentes maneras de ver una situación. Sirve tanto como prueba de realidad como cuando los pensamientos son más bien realistas. Si los pensamientos negativos son acertados, aun así pueden ser útiles para buscar formas alternas de ver una situación (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1993; Ruiz-Fernández, Díaz-García, Villalobos-Crespo, 2012).

Generalmente, es mejor que el paciente evalúe sus pensamientos automáticos en el entorno en que se producen y los modifique allí mismo; sin embargo, muchas veces esta estrategia no es posible por lo que lo indicado sería emplear técnicas de distracción y para refocalizar la atención, las cuales pueden ser de gran utilidad como técnicas de afrontamiento inicial, principalmente en pacientes con adaptación negativa, ya que suelen tener innumerables pensamientos automáticos y atención selectiva hacia aspectos negativos del entorno, por lo que cualquier cambio en su foco de atención puede ser útil (Beck, 2000).

Refocalizar la atención es particularmente útil cuando se necesita concentración para la tarea que se está realizando: continuar una conversación o conducir. Se enseña al paciente a concentrarse en la tarea inmediata deliberadamente, se ensaya la estrategia tratando de averiguar qué recursos le han servido para reenfocarse anteriormente o cómo piensa que puede lograrlo en el futuro. En otras ocasiones, cuando el paciente se siente abrumado y no está acuciado por ninguna tarea perentoria, la distracción puede ser un recurso útil; en este caso el terapeuta indaga cuáles han sido las soluciones más efectivas para el paciente en el pasado y, si es necesario, hace otras sugerencias (Beck, 2000).

También se emplea la técnica de autoinstrucciones de Meichenbaum (1977), la cual puede facilitar la realización de tareas y servir como medio para afrontar el estrés. Se enseña al paciente a elaborar pensamientos en forma de frases positivas que puedan decirse a sí mismos en momentos de tensión. Por último, mediante los ensayos cognitivos es posible realizar ensayos en sesión de alternativas de solución de problemas, ya sea como juego de roles o solo mediante imaginación, pueden usarse además otras técnicas de imaginería como modificación de imagen o visualización (González-Blanch, 2017; Moorey y Greer, 2006).

El estado de ánimo del paciente oncológico se ha relacionado con la presencia de síntomas, en particular, cansancio, dificultades para dormir y dolor (Fischer, Villines, Kim, Epstein y Wilkie, 2009; Goodwin, Zhang y Ostir, 2004; Hjerl et al., 2003), y con cambios importantes en la rutina cotidiana (Schou, Ekeberg y Ruland, 2005; Sarna et al., 2005; Holzner et al., 2004). Las áreas de mayor cambio debido a la enfermedad y/o el tratamiento son la actividad laboral y de ocio, las cuales parecen relacionarse con una mayor presencia de síntomas, estado de ánimo deprimido y valoraciones más negativas del paciente sobre su calidad de vida (Espantoso et al., 2007). El apoyo material y social que brindan los familiares, amigos, personal sanitario e incluso otros enfermos al paciente oncológico se relaciona directamente con el adecuado afrontamiento de la enfermedad y calidad de vida (Hoey, Ieropoli, White y Jefford, 2008). Sin embargo, familiares y personal de salud, con el propósito de que el enfermo concentre todas sus energías en el cuidado de la enfermedad, pueden facilitar que delegue decisiones y abandone actividades y responsabilidades de la vida cotidiana, incluso más allá de lo que justificaría su estado físico. Estas reglas de funcionamiento del contexto social y sanitario pueden explicar, en buena medida, la progresiva inhibición comportamental del paciente oncológico. Como consecuencia, las posibilidades de mantener las situaciones gratificantes y condiciones valiosas de lo que hasta entonces era la vida de la persona se ven comprometidas. Todo lo anterior, aunado al incremento de situaciones aversivas de la propia enfermedad y tratamiento, podrían fácilmente relacionarse con el mantenimiento de conductas depresivas (Fernández et al., 2011; Hopko et al., 2008; Sandoval, Brown, Sullivan y Green, 2006). Por otro lado, muchos pacientes tienen la expectativa de poder desempeñarse en diferentes áreas de la misma forma que solían hacerlo antes de enfermar o de iniciar el tratamiento, lo que habitual-

mente no es posible. Una forma de manejar esas situaciones es alentar la realización de tareas gratificantes de manera programada.

Uno de los propósitos de emplear técnicas conductuales es permitir al paciente realizar la mayor cantidad de actividades de la vida cotidiana posibles dentro de las limitaciones de su padecimiento, también son útiles para el manejo de la ansiedad y para complementar el proceso de reestructuración cognitiva, pues los cambios planeados sirven para poner a prueba pensamientos y creencias específicas (Moorey y Greer, 2006).

Para lograr este objetivo resultan efectivas las técnicas de programación de actividades y de planeación para el futuro ya que permiten al paciente ajustar su nivel de actividad con la fuerza física o energía que tenga en ese momento, en un esquema de un día a la vez. Sin presuponer ningún déficit de conducta se incita al paciente a comprometerse con tareas (activación conductual) que puedan activar sus fuentes de reforzamiento cotidianas, logrando mantener y/o incrementar conductas saludables y reduciendo y/o eliminando conductas de enfermedad, con la consiguiente modificación del patrón de evitación experiencial (González-Blanch, 2017; Moorey y Greer, 2006).

También se incluyen técnicas de relajación, las cuales constituyen un método simple, rápido y efectivo para el manejo de sintomatología ansiosa y también para el manejo de dolor. En general resultan efectivas las técnicas de respiración abdominal, y en el caso de pacientes cuya condición física dificulte el empleo de esta técnica (pacientes con metástasis pulmonar, por ejemplo), técnicas de relajación autógena o de imaginería (Vera y Vila, 1991; González-Blanch, 2017).

En resumen, el objetivo fundamental de la intervención psicológica en pacientes oncológicos consiste en contribuir a producir los cambios emocionales, cognitivos y conductuales para que los pacientes afronten de forma más adaptativa su enfermedad.

Como ya se ha descrito, el motivo de consulta puede variar dependiendo de factores como el estadio de la enfermedad, por ejemplo, intervención en crisis ante el diagnóstico, mal pronóstico, falla del tratamiento o la necesidad de cirugías radicales. Asimismo, se puede requerir psicoeducación relacionada con el padecimiento y el tratamiento. De igual manera, puede resultar útil la intervención breve para la toma de decisiones, por ejemplo, aceptar o rechazar tratamientos o mejorar la adhesión al tratamiento, entre otros. En la figura 8.1, se describe una propuesta de protocolo de evaluación e intervención congruente con el modelo cognitivo conductual.

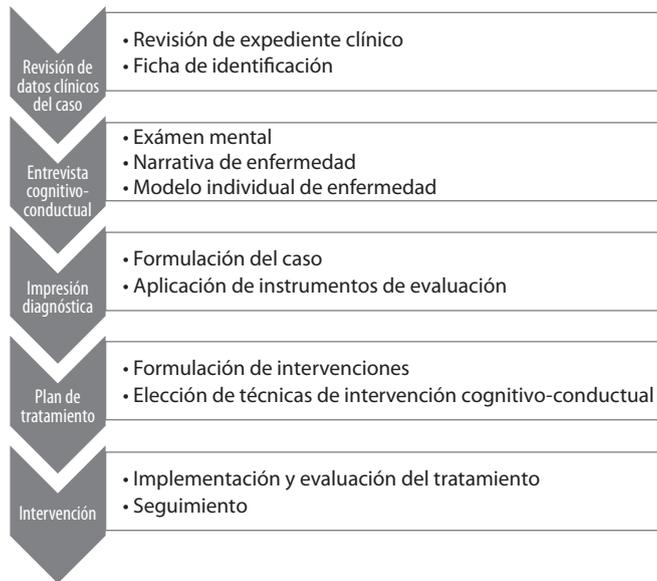


Figura 8.1 Protocolo de evaluación e intervención psicológica para pacientes con cáncer. Se describe la secuencia de intervención psicológica aplicable a pacientes con cáncer de cualquier tipo, lo cual es posible debido a que, a partir de la secuencia, se puede estructurar intervenciones personalizadas, dado que se considera el modelo individual de enfermedad. Adaptado de: Flores-Pineda, N., González-Rodríguez, E. y Seyler, A. (2008, octubre). Manejo psicológico del paciente en el servicio de tumores óseos. Cartel presentado en el Congreso Mexicano de Psicología, Monterrey, Nuevo León.

Consideraciones finales

El objetivo del presente capítulo fue resumir la evidencia de la TCC en el tratamiento de pacientes oncológicos y, con base en ello, hacer una propuesta de protocolo de intervención. Se han descrito generalidades del motivo de la intervención, la evaluación y el diagnóstico del paciente por parte de la psicología clínica.

La creciente prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer, requiere también el desarrollo de intervenciones especializadas; si bien es cierto que los avances en la prevención y tratamiento del cáncer han sido significativos, este sigue siendo una de las principales causas de muerte en México y en el mundo. Se sabe además que existen factores de riesgo no solo biológicos, sino también conductuales que hacen que los tratamientos psicológicos basados en evidencia sean de gran importancia. La aplicación de este tipo de tratamientos desde el inicio del padecimiento evita, en muchas ocasiones, que la psicopatología se vuelva crónica, con lo que se beneficia también de manera indirecta a los servicios de atención especializada.

Una vez que una persona es diagnosticada con cáncer se enfrenta a un proceso de ajuste psicológico que, además, varía de acuerdo con la etapa de la enfermedad, por lo que las intervenciones psicológicas deben estar encaminadas hacia las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales

que cada una de ellas conlleva. Asimismo, se debe poner especial atención no solo a las afectaciones físicas y psicológicas del propio padecimiento, sino también a aquellas que son derivadas del tratamiento o incluso de la comorbilidad con otras enfermedades. La idoneidad de los tratamientos cognitivo-conductuales en el contexto hospitalario deriva tanto de su brevedad como su versatilidad en la aplicación en personas con diversos trastornos emocionales, altamente prevalentes en este tipo de población.

Aunado a lo anterior, ante la evidencia de la eficacia de las intervenciones psicológicas basadas en la teoría cognitivo conductual para el tratamiento de la variedad de efectos psicológicos que resultan de una enfermedad crónico degenerativa como el cáncer, estas deberían considerarse como tratamiento psicológico de primera elección, ya que constituyen una opción, además de eficaz, económica tanto para el paciente como para los sistemas de salud.

Finalmente, los tratamientos psicológicos eficaces llegan a una reducida porción de quienes los necesitan y, de manera lamentable, en muchas ocasiones reciben tratamientos poco adecuados, lo cual puede tener repercusiones en el bienestar del paciente a diferentes niveles. Por ello, es esencial disponer de material como el presente que facilite la identificación del tratamiento indicado.

Referencias

- Aksnes, L. H. et al. (2006). Management of high-grade bone sarcomas over two decades: The Norwegian Radium Hospital experience. *Acta Oncológica*, 45: 38-46. doi:10.1080/02841860500466624
- Almonacid, V. (2014). Psicoterapia en cáncer de mama. Propuesta y resultados de un programa estructurado. *Psicooncología* [revista en Internet], 11(1): [aprox. 10p]. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/45582>
- American Cancer Society (2017). *Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures 2017-2018*. Atlanta: American Cancer Society.
- American Cancer Society. (2010). *Cancer Facts & Figures 2010*. Atlanta: American Cancer Society.
- Anderson, T., Watson, M. y Davidson, R. (2008). The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: A feasibility study. *Palliative Medicine*, 22:814-21. Doi: 10.1177/0269216308095157.
- Aresca, L., Birgín, D., Blum, S., Buceta, E., Figini, M. y Gullas, S. (2004). *Psicooncología, diferentes miradas*. Argentina: Editorial Lugar.
- Bautista H. (2007) Valoración psicológica en el paciente oncológico. *Clin Anestesiología Paciente Oncológico*, 6:31-42.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Behavioral activation treatment for cancer patients (PDF Download Available). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/286043765_Behavioral_activation_treatment_for_cancer_patients
- Bober, S. L. y Varela, V. S. (2012). Sexuality in adult cancer survivors: Challenges and intervention. *Journal of Clinical Oncology*, 30: 3712-9. Doi: 10.1200/JCO.2012.41.7915
- Brazier, A., Cooke, K. y Moravan, V. (2008). Using mixed methods for evaluating an integrative approach to cancer care: a case study. *Integrative Cancer Therapies*, 7(1): 5-17.
- Brooksbank, M. (2009). Palliative care: Where have we come from and where are we going? *Pain*, 144: 233-5. Doi: 10.1016/j.pain.2009.06.010.
- Butow, P. N., Phillips, F., Schweder, J., White, K., Underhill, C. y Goldstein, (2009). Psychosocial well-being and supportive care needs of cancer patients living in urban and rural/regional areas: A systematic review. *Support Care Cancer*, 1: 1-22.
- Cabrera-Macías, Y., López-González, E., López-Cabrera, E. y Arredondo-Aldama, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay* [revista en Internet]. [citado 2017 Oct 9], 7(2): [aprox. 12 p.]. Recuperado de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522>
- Cardoso, A., Fernández, J. y Blasco, T. (2016). Efectos de una terapia psicológica adyuvante en pacientes con cáncer colorrectal: un estudio piloto. *Psicooncología* [revista en Internet], 13(1): [aprox. 7p]. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/52491>
- Chambers, S. K., Foley, E., Galt, E., Ferguson, M. y Clutton, S. (2012). Mindfulness groups for men with advanced prostate cancer: A pilot study to assess feasibility and effectiveness and the role of peer support. *Support Care Cancer*, 20:1183-92. Doi: 10.1007/s00520-011-1195-8.
- Chan, C. W., Richardson, A. y Richardson, J. (2011). Managing symptoms in patients with advanced lung cancer during radiotherapy: Results of a psychoeducational randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41:347-57. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.04.024.

- Cocker, K. I., Bell, D. R. y Kidmans, A. D. (1994). Cognitive behaviour therapy with advanced breast cancer patients: A brief report of a pilot study. *Psychooncology*, 3:233-237. Doi: 0.1002/pon.2960030310
- Dobson, D. y Dobson, K. (2009) *Evidence-based practice of cognitive behavioral therapy*. Nueva York: Guilford Publication.
- DuHamel, K. N., et al. (2010). Randomized clinical trial of telephone-administered cognitive-behavioral therapy to reduce posttraumatic stress disorder and distress symptoms after hematopoietic stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 28(23):3754-61.
- Eiser, C., Darlington A. E., Stride C. B., y Grimer, R. (2001). Quality of life implications as a consequence of surgery: limb salvage, primary and secondary amputation. *Sarcoma*, 5: 89-195.
- Ernstmann N, Neumann M, Ommen O, Galusko M, Wirtz M, Voltz R. et al. (2009). Determinants and implications of care patients' psychosocial needs. *Support Care Cancer*, 17:1417- 1423.
- Espantoso, R. et al. (2007). Calidad de vida en pacientes oncológicos un año después de finalizado el tratamiento. *Psicooncología*, 4: 43-57
- Fernández, C., et al. (2011, mayo). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología* [en línea], 27: [Fecha de consulta: 11 de octubre de 2017] Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720051002> ISSN 0212-9728
- Fischer, D. J., Villines, D., Kim, Y. O., Epstein, J. B. y Wilkie, D. J. (2009). Anxiety, depression, and pain: differences by primary cancer. *Supportive Care in Cancer*, 17. <http://resources.metapress.com/pdfpreview.axd?code=du7r5178q544h332&size=largest>, 19/11/09
- Flores, J. A. (2004). El desarrollo de la comunicación, sus cuidados y el silencio terapéutico. En Labrador, F. y Bara, E. (2004). La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. *Psicooncología*, 1(1): 51-66.
- Flores-Pineda, N., González-Rodríguez, E. y Seyler, A. 2008, octubre. *Manejo psicológico del paciente en el servicio de tumores óseos*. Cartel presentado en el Congreso Mexicano de Psicología, Monterrey, Nuevo León.
- Freeman, A. (2004). *Clinical applications of cognitive therapy*. Nueva York: Kluwer Academic.
- Galindo, O., Rojas, E., Benjet, C., Meneses, A., Aguilar, J. L. y Alvarado, S. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en supervivientes de cáncer: una revisión. *Psicooncología*, 11: 233-241.
- Garduño C, Riveros A. y Sánchez-Sosa J. J., (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1): 69-80.
- González-Blanch, C. et al. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: *el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP*. *Ansiedad y Estrés*, 24: 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005> 1134-7937/© 2017
- González-Ramírez, L. P., et al. (2016). Consejo genético oncológico: las aplicaciones de la psicooncología. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15 (3):145-149.
- González-Rodríguez, E. (2014). *Evaluación e intervención psicológica en pacientes con tumores óseos: Calidad de Vida, Ansiedad, Depresión y Dolor*. (Tesis de Doctorado). Recuperado de TESIUNAM.
- Goodwin, J. S., Zhang, D. D. y Ostir, G. V. (2004). *Effect of depression on diagnosis, treatment, and survival of older women with breast cancer*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52: 106-111
- Gotay, C. C. y Muraoka, M. Y. (1998). Quality of life in long-term survivors of adult-onset cancers. *Journal of the National Cancer Institute*, 90:656-67. Doi: 10.1093/jnci/90.9.656
- Greer, J. A., Park, E. R., Prigerson, H. G. y Safren, S. A. (2010). Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24:294-313.

- Greer, J. A., Traeger, L., Bemis, H., Solis, J., Hendriksen, E. S., Park, E. R. et al. (2012). A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *Oncologist*, 17:1337-45. Doi: 10.1634/theoncologist.-0041
- Harrison, S. E., Watson, E. K., Ward, A. M., Khan, N. F., Turner, D., Adams, E. et al. (2011). Primary health and supportive care needs of longterm cancer survivors: A questionnaire survey. *Journal of Clinical Oncology*, 29:2091-8. Doi: 10.1200/JCO.2010.32.5167
- Hernández, M., Cruzado, J. A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C. y González, M. A. et al. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3):233-257.
- Hernández, M. D., Pérez, Y. L., Guerra, V. M., Treto, G. A. y Grau, A. R. (2013). Particularidades de la ansiedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 10(2). Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=45308>
- Hewitt, M., Rowland, JH. (2002). Mental health service use among adult cancer survivors: Analyses of the National Health Interview Survey. *J Clin Oncol*, 20:4581-90. Doi: 10.1200/JCO.2002.03.077
- Hewitt, M., Weiner, S. L. y Simone, J. V. (Eds.), (2003) *Childhood Cancer Survivorship: Improving Care and Quality of Life*. National Research Council: <http://www.nap.edu/catalog/10767.html>.
- Hjerl, K., Andersen, E.W., Keiding, N., Mouridsen, H. T., Mortensen, P. B. y Jorgensen, T. (2003). Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. *Psychosomatics*, 44: 24-30.
- Hoey, L., Ieropoli, S., White, V. & Jefford, L. (2008). Systematic review of peer support programs for people with cancer. *Patient Education and Counselling*, 70, 315-337.
- Hollon, S. (2003). Does cognitive therapy have an enduring effect? *Cognitive Therapy and Research*, 27: 71-75.
- Holzner, B. et al. (2004). Normative data for functional assessment of cancer therapy—general scale and its use for the interpretation of quality of life scores in cancer survivors. *Acta Oncológica*, 43: 53-60.
- Hopko DR, Colman LK. (2010). The impact of cognitive interventions in treating depressed breast cancer patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*; 24(4): 314–328.
- Hopko, D.R., Bell, J.L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N. y Lejuez, C.W. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behavior Therapy*, 39: 126-136.
- Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (2013). *El Cáncer* [Internet]. Washington: Instituto Nacional del Cáncer, Estados Unidos. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol>
- Kwekkeboom K. L., Abbott-Anderson K., Wanta B. (2010). Feasibility of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for pain, fatigue, and sleep disturbance in cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37(3):151–159.
- Labrador, F. y Bara, E. (2004). La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. *Psicooncología*, 1(1): 51-66.
- Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (1993). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide.
- Landa, E., Pérez, I. N., Sánchez, S. y Covarrubias, A. (2014). Ansiedad y depresión relacionadas con presencia e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal. *Psicología y Salud*, 24: 55-63.
- Laugsand, E. A, Kaasa, S., de Conno, F., Hanks, G. y Klepstad, P. (2009). Research Steering Committee of the EAPC. Intensity and treatment of symptoms in 3,030 palliative care patients: a cross-sectional survey of the EAPC Research Network. *Journal of Opioid Management*, 5:11-21.
- Lee, Y., Chiou, P., Chang, P. y Hayter, M. A. (2010). systematic review of the effectiveness of problem solving approaches towards symptom management in cancer care. *Journal of Clinical Nursing*, 20:73–85.

- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R. y Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer recurrence a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psychooncology*, 6: 95-105. Doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199706)6:2<95::AIDPON250>3.0.CO;2-B
- Lévesque, M., Savard, J., Simard, S., Gauthier, J. G. y Ivers, H. (2004). Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: A single-case experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35: 287-305.
- Llewellyn, C. D., Horney, D. J., McGurk, M., Weinman, J., Herold, J., Altman, K. y Smith, H. E. (2013). Assessing the psychological predictors of benefit finding in patients with head and neck cancer. *Psychooncology*; 22(1): 97-105.
- Mazzucchelli, A. y Ritorto, F. (1996). La ricerca in psicoterapia: Alleanza terapeutica suoi strumenti di misura. En: *Psicoterapia*, 2: 109-113.
- McCabe, M. S., Bhatia, S., Oeffinger, K. C., Reaman, G. H., Tyne, C., Wollins, D. S. y Hudson, M. M. (2013). American Society of Clinical Oncology Statement: Achieving High-Quality Cancer Survivorship Care. *Journal of Clinical Oncology*, 31: 631-40. Doi: 10.1200/JCO.2012.46.6854
- Meichenbaum, D.H. (1977) *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum.
- Medina, X. & Alvarado, S. (2011). Psicooncología. *Revista Médica HJCA*, 3(2), 190-196.
- Mercadante, S., Vitrano, V. y Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Support Care Cancer*, 18(6): 659-65.
- Messin, S., Milani, M., Slachmuylder, J. L. y Razavi, D. (2010). Cancer patients' desire for psychological support: Prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychooncology*, 19: 141-9. Doi: 10.1002/pon.1568
- Mitchel, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J. y Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology* [revista en Internet]. Recuperado de [http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-045\(13\)70244-4/abstract?rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-045(13)70244-4/abstract?rss=yes)
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., et al. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, hematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*, 12: 160-74. Doi: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X.
- Molina, R. y Feliú, J. (2011). La reinserción laboral: un nuevo reto en el paciente con cáncer. *Psicooncología*, 8:45-51. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.4
- Montel, S. (2010). Fear of recurrence: A case report of a woman breast cancer survivor with gad treated successfully by CBT. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17: 346-353.
- Moorey, S., Cort, E., Kapari, M., Monroe, B., Hansford, P. y Mannix, K. et al. (2009). A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer. *Psychological Medicine*, 39:713-23. Doi: 10.1017/S0033291708004169.
- Moorey, S. y Greer, S. (2006). *Cognitive behavioral therapy for people with cancer*. G.B: Oxford University Press.
- Moorey, S. y Greer, S. (2012). *Oxford Guide to CBT for People with Cancer*. Nueva York: Oxford University Press.
- Mosher, C. E., DuHamel, K. N., Rini, C. M., Corner, G., Lam, J. y Redd, W. H. (2011). Quality of life concerns and depression among hematopoietic stem cell transplant survivors. *Psychooncology*, 19(9): 1357-1365.

- Nagarajan, R. et al. (2004). Function and quality-of-life of survivors of pelvic and lower extremity osteosarcoma and Ewing's sarcoma: the Childhood Cancer Survivor Study. *British Journal of Cancer*, 91: 1858-1865.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Survivorship 2013.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Cáncer. Nota descriptiva febrero de 2017*. Recuperado el 22 de mayo de 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Osborn, R. L., Demoncada, A. C. y Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Meta-analyses. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36:13-34. Doi: 10.2190/EUFNVRV1K-Y3TR-FKOL
- Pachman, D. R., Barton, D. L., Swetz, K. M. y Loprinzi, C. L. (2012). Troublesome symptoms in cancer survivors: Fatigue, insomnia, neuropathy, and pain. *Journal of Clinical Oncology*, 30:3687-96. Doi: 10.1200/JCO.2012.41.7238
- Palao, Á., Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A. y Arranz, H. (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología*, 8:7-20. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.1
- Riso, W. (2009). *Terapia Cognitiva*. España: Paidós.
- Rizo, R. P., Sierra, C., Vázquez, G., Cano, M., Meneses, A. y Mohar, A. (2007). Registro hospitalario de cáncer: Compendio de cáncer 2000-2004. *Cancerología*, 2: 203-287.
- Romero, V. y Cruzado, J. A. (2016). Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad decuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. *Psicooncología* [revista en Internet]: 13(1). Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/52485>
- Ruiz-Fernández, M. A., Díaz-García, M. I. Villalobos-Crespo, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. España: Desclée De Brouwer.
- Sandoval, G.A., Brown, A.D., Sullivan, T. y Green, E. (2006). Factors that influence patient's overall perceptions of quality of care. *International Journal of Quality Health Care*, 18: 266, 274.
- Sarna, L., Brown, J. K., Cooley, M. E., Williams, R. D., Chernecky, C., Padilla, G. y Danao, L. L. (2005). Quality of life and meaning of illness of women with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 19: 9-19.
- Savard, J., Simard, S., Giguère, I., Ivers, H., Morin, C. M., Maunsell, E., et al. (2006). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: Psychological and immunological effects. *Palliative Support Care*, 4: 219-37.
- Schou, I., Ekeberg, Ø. y Ruland, C. M. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psychooncology*, 14: 718-727.
- Secretaría General del Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2010, 12-16 de abril). Principales causas de mortalidad en México 1980 – 2007. Documento de Trabajo para el XLIII Periodo de Sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo "Salud, morbilidad, mortalidad y desarrollo". Nueva York. Recuperado el 25 de julio de 2010 de http://conapo.gob.mx/publicaciones/mortalidad/Mortalidadxcausas_80_07.pdf
- Seyler, A. (2017). *Modelo psicológico del dolor de miembro fantasma con base en el pensamiento catatrofista*. (Tesis de Doctorado). Recuperada de TESIUNAM.
- Shimizu, K., Akizuki, N., Nakaya, N., Fujimori, M., Fujisawa, D., Asao Ogawa, D. et al. (2011). Treatment response to psychiatric intervention and predictors of response among cancer patients with adjustment disorders. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(4): 684-691.
- Siegel, R., DeSantis, C., Virgo, K., Stein, K., Mariotto, A., Smith, T. et al. (2012). Cancer treatment and survivorship statistics; CA: *A Cancer Journal for Clinicians*, 62:220-41. Doi: 10.3322/caac.21149

- Spencer, R., Nilsson, M., Wright, A., Pirl, W. y Prigerson, H. (2010). Anxiety disorders in advanced cancer patients: Correlates and predictors of end-of-life outcomes. *Cancer*, 116:1810-9. Doi: 10.1002/cncr.24954.
- Sperner-Unterweger, B. (2011). Psycho-oncology - psychosocial oncology: integration in a concept of oncological treatment. *Nervenarzt [Abstract]*. 82(3):371-8; quiz 379-380.
- Stanton, A. L. (2012). What happens now? Psychosocial care for cancer survivors after medical treatment completion. *Journal of Clinical Oncology*; 30:1215-20. Doi: 10.1200/JCO.2011.39.7406
- Strong, V., Waters, Hibberd, C. Rush, R., Cargill, A., Storey, D., et al. (2007). Emotional distress in cancer patients: the Edinburgh Cancer Center symptom study. *British Journal of Cancer*, 96(6):868 - 74. 868.
- Teunissen, S. C., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H. C., Voest, E. E. & de Graeff, A. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34:94-104. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015
- Turner, J., Kelly, B., Clarke, D., Yates, P., Aranda, S., Jolley, D., et al. (2011). A randomised trial of a psychosocial intervention for cancer patients integrated into routine care: the PROMPT study (promoting optimal outcomes in mood through tailored psychosocial therapies). *BMC Cancer*; 11:48. <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/11/48>.
- Vera, M. N. y Vila, J. (1991). Técnicas de relajación. En. V. E. Vicente (Ed.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 162-182). Madrid: Siglo XXI.
- Vivar, C. G. y McQueen, A. (2005). Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 51:520-8. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03524.x
- Young, J. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders. A schema-focused approach*. Florida: Professional Resource Press.



9

CAPÍTULO

Hilvanando trayectorias: historia, actualidad y prospectiva de la psicología de la salud en las instituciones de salud

Fabiola González Betanzos
Jana Petzelová Mazacová
Joel Zapata Salazar
Mónica Rodríguez Ortiz
Verónica Marcela Vargas Nájera

“El sistema de cuidado de la salud está admirablemente equipado para extirpar un cáncer de pulmón, pero está menos bien equipado para prevenir fumar cigarrillos o para ayudar a los fumadores a romper con su hábito”

Prokop

Introducción

Como ciencia del comportamiento, la psicología es una disciplina relativamente nueva si se compara con el nacimiento y desarrollo de otras disciplinas científicas que acarrearán tras de sí un dilatado proceso de desarrollo. Sin embargo, esto no ha sido impedimento para que, a lo largo del siglo XX, se haya posicionado como una ciencia capaz de responder a las demandas que la sociedad le reclamó. Asimismo, se convirtió en un referente a través del cual se pudo observar cómo cambiaron las concepciones de salud, enfermedad, diagnóstico, pronóstico y atención. Al mismo tiempo, nos permitió reflexionar acerca de la práctica de la disciplina en contextos específicos de aplicación y cómo los profesionales de la misma se han insertado en las instituciones, particularmente, las de salud.

Este es el objetivo central del presente capítulo, en el cual se realiza un recorrido histórico que parte del reconocimiento de la psicología de la salud como una disciplina necesaria en contextos hospitalarios; luego, se repasa en el perfil actual del psicólogo de la salud y de qué manera las instituciones de educación superior están respondiendo a los requerimientos formativos vigentes en nuestros días, para luego realizar un ejercicio de prospectiva que permite visualizar las posibles rutas de desarrollo de los profesionales en el área.

El sistema de salud y la incorporación de los psicólogos. Revisión histórica

Cuando se realiza un recorrido histórico de la relación de los psicólogos con el área de salud, se pueden revisar las intenciones iniciales que visibilizaron la necesidad de que profesionales en el área trabajaran de manera conjunta con otros profesionales de la salud. Este proceso inicia en la década de los treinta del siglo XX. En aquel momento respondía a las demandas de desarrollo y continuidad de los programas y proyectos nacionales de salud, a la intención de ampliar los servicios de salud a bandas poblacionales más amplias y el acercamiento de dichos servicios al medio rural.

En esa misma década, la entonces nueva Ley Federal del Trabajo representaba un avance importante en la protección del trabajador. Su carácter social preveía y planteaba por vez primera los problemas de salud relativos al trabajo referidos a la invalidez, la vejez y la defunción (Álvarez Amézquita, Bustamante, López Picazos y Fernández del Castillo, 1960, p. 358). El reglamento de higiene del trabajo y el de medidas preventivas de accidentes en el trabajo aparecen en 1934 (Cárdenas de la Peña, 1976, p. 31). En enero de 1931 se crea el Servicio de Sanidad de los Estados (Bustamante, Viesca, Villaseñor, Vargas, Castañón y Martínez, 1982, p. 56). Tales acciones respondían a una necesidad apremiante: la atención a la salud en el interior de la República seguía siendo muy deficiente.

Con el advenimiento e impacto en nuestro país de la Segunda Guerra Mundial, la década del cuarenta se convierte en un punto de inflexión en la historia de la salud pública en México.

Por decreto presidencial se fusionaron el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) el 15 de octubre de 1943 (Decreto, 1943). El primer secretario fue el Dr. Gustavo Baz y el primer subsecretario el Dr. Manuel Martínez Báez. El 19 de enero del mismo año se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), (1952), institución que

desde entonces proporciona servicio médico y social a los trabajadores y sus familias y marcó el inicio de la medicina institucional. Con el IMSS se completó la tríada salubridad-asistencia-seguro social (Rodríguez de Romo y Rodríguez Pérez, 1998, p.25).

En 1960 surgió el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Después apareció el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), e incluso se creó una acción sanitaria indigenista. El ISSSTE y el INPI, ahora DIF, realizan hasta la actualidad un trabajo importante en beneficio de los trabajadores dependientes del gobierno y de los niños (Rodríguez Pérez y Rodríguez de Romo, 1998).

A nivel mundial, los servicios de salud y con ellos, de atención psicológica en el contexto sanitario, corrieron a la par de las principales tendencias y resoluciones internacionales. La siguiente tabla muestra las propuestas centrales realizadas en México sobre la organización y definición del bienestar de la población en el área de la salud.

Tabla 9.1 Principales líneas propuestas en las diversas conferencias sobre salud y bienestar.

| | |
|------|--|
| 1979 | Alma Ata: la salud es el bienestar biopsicosocial total del individuo y no solamente ausencia de enfermedad. |
| 1986 | Ottawa: la promoción de la salud es el proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyéndose una participación mayor en el control de este proceso. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social los individuos y grupos deben saber identificar aspiraciones, satisfacer necesidades..., además de controlar los factores determinantes de su salud hacia la equidad. |
| 1988 | Adelaida: promoción de políticas públicas saludables, creación de ambientes de apoyo, desarrollo de habilidades personales, fortalecimiento de la acción comunitaria y reorientación de servicios de salud como puntos de reafirmación de la justicia social y equidad en la promoción de la salud. |
| 1991 | Sundswal: el ambiente y la ecología son elementos importantes para promover la salud, así como también las dimensiones económica, política y cultural a que está sometida una población. Debemos estar comprometidos con el desarrollo sostenido y la equidad. |
| 1997 | Yakarta: salud es un derecho humano fundamental y esencial para el desarrollo social y económico. La educación, el derecho a voz de las personas y comunidades son esenciales para la promoción de la salud. |
| 2000 | México, D.F.: lucha por más equidad, mejoras sociales y económicas para un avance mayor de la condición de salud, comportamiento socialmente responsable en todos los ámbitos. Ampliación de la capacidad de las comunidades para capacitarlas en la promoción de la salud. Infraestructura adecuada para promover salud, incluyéndose la promoción de salud en los currículos de diversos niveles, de forma que garantice la planificación y alianzas multisectoriales. Preparar recursos humanos para que actúen de acuerdo con este nuevo enfoque. |

Fuente: Elaboración propia, realizada con información de Werner, 2002.

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la premisa de “salud para todos”, acuerda los siguientes puntos fundamentales para atender la salud pública:

La responsabilidad última del desempeño del sistema de salud de un país incumbe al gobierno. La gestión atenta y responsable del bienestar de la población es la esencia de un buen gobierno. La salud de la población debe ser siempre una prioridad nacional y el gobierno tiene en ello una responsabilidad continua y permanente.

Considerando estrictamente lo invertido en salud, muchos países están por debajo de su potencial de desempeño. El resultado es un elevado número de defunciones prevenibles y de vidas lastradas por algún tipo de discapacidad. Las consecuencias de ese fracaso recaen desproporcionadamente sobre los pobres.

El objetivo de los sistemas de salud no es solo mejorar la salud de la población, sino también protegerla contra los costos financieros de la enfermedad. El reto que afrontan los gobiernos de los países de bajos ingresos consiste en reducir la carga regresiva que suponen los pagos directos por la atención sanitaria, ampliando para ello los planes de prepago que diluyen el riesgo financiero y atenúan la amenaza de los gastos sanitarios catastróficos.

En los gobiernos, muchos ministerios de salud se centran en el sector público y no prestan atención a la financiación y la asistencia privadas, a menudo mucho más importantes. Un desafío creciente para los gobiernos consiste en aprovechar la energía de los sectores privado y benévolo para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, corrigiendo al mismo tiempo los fallos de la iniciativa privada.

La rectoría consiste en última instancia en supervisar la totalidad del sistema, evitando la obsesión por el corto plazo, la estrechez de miras y la indiferencia hacia los fallos detectados. El informe aspira a facilitar esa tarea trayendo al primer plano nuevas pruebas científicas (OMS, 2000, p. 3).

De este modo, se puede puntualizar que, en el diálogo en materia de salud pública y equidad para todos, es importante la estrecha relación entre salud, medio ambiente y nivel de educación poblacional. Ya no podemos aceptar ver a la salud como un problema biomédico, sino como un problema ecológico que integra todos los factores ambientales y también educativo en el cuidado de la salud por la misma población.

En nuestra sociedad existe una variedad numerosa de factores de riesgo para la salud poblacional. En este tema señala Westphal (2001) que el envejecimiento, el embarazo precoz, el alcoholismo, el consumo de drogas, las enfermedades de transmisión sexual, las causas externas de mortalidad como violencia y accidentes, cuestiones étnicas y éticas, factores y condiciones de riesgo de salud tales como obesidad y desnutrición, contaminación del aire, las aguas, la tierra; contaminación auditiva, ocupación y uso desordenado del suelo, control de vectores, condiciones inadecuadas de destino de los excrementos humanos, etc., no podrá estar en el cuidado de una institución de la salud, porque es responsabilidad de la población.

Es aquí cuando se destaca la importancia de incorporar a distintos profesionales de la salud como parte de los servicios integrales de atención; particularmente, en materia preventiva. En México son escasos los servicios de atención psicológica a la salud física y mental de las personas y menos aún para la prevención de los trastornos mentales.

La integración de psicología de la salud en instituciones del Sistema Nacional de Salud ha sido lenta y tortuosa. Ciertamente, la psicología de la salud fue definida desde la década del setenta como aquella rama de la psicología que:

[...] se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y mantenimiento de la salud. Comprende además el estudio de factores del comportamiento que afectan el tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física (Holtzmann, Evans, Kennedy, Iscoe, 1998, p. 248).

La psicología institucional surge a partir de la necesidad del psicólogo de ubicarse socialmente de diferente manera, realizar las actividades sociales más amplias que trascienden el ámbito particular o educativo y participen en la salud comunitaria. Su pertinencia y necesidad en las instituciones, obedeció en primera instancia, a la crisis del modelo biomédico. A esto, se le aunaron otros factores igualmente importantes, como los cambios epidemiológicos que han acentuado las enfermedades crónicas y los cuadros de morbilidad, en donde las enfermedades físicas presentan una relación estrecha con factores de tipo psicológico, el aumento de los trastornos mentales vinculados al estilo de vida, entre otros, ratifican la necesidad del trabajo colegiado en materia de atención sanitaria.

Sin embargo, los espacios de salud han estado ocupados mayoritariamente por médicos y difícilmente han ayudado a que el psicólogo tome el lugar que le corresponde en términos de igualdad profesional. Ciertamente, a partir de la década de los setenta, han aumentado los requerimientos de psicólogos en las instituciones en donde las instituciones hospitalarias y educativas son los que más recurren al trabajo del psicólogo institucional. De aquí que el desarrollo y la complejidad entre las instituciones requiere una colaboración más estrecha y de este modo impulsar a organizaciones de diferentes sectores: económicas, psiquiátricas, forenses, industriales, a solicitar una consulta institucional del psicólogo de la salud.

De acuerdo con Urbina y Rodríguez (1993) y Rodríguez y Rojas (1998), en la década de los noventa, en México había entre 1546 y 1600 psicólogos trabajando en el sector de la salud, cifra que según Reynoso y Seligson (2002) carece de un sustento confiable (Piña López, 2004, p. 192). La información disponible sobre las plazas de los psicólogos en las instituciones de la salud es incierta. El Sistema Nacional de Salud en el año 2000 señala que se tenían registrados un total de 583,913 trabajadores, de los cuales 143,018 correspondían a personal administrativo, 140,629 a personal médico, 273,096 a personal paramédico (enfermeras u otros), 36,388 a personal de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y 36,782 a otro personal. En otras palabras, no existe una categoría independiente que nos permita saber a ciencia cierta cuántos son los psicólogos que trabajan en el sector salud ni mucho menos si su contratación es como tales (Piña López, 2004, p. 200).

Difícilmente se puede saber cuántos psicólogos ocupan una plaza en el sistema de la salud y menos aún, saber bajo qué función han sido contratados, porque algunas veces ni siquiera realizan el trabajo profesional de su especialidad. La psicología institucional se inserta tanto en la historia de las necesidades sociales como en la historia de la psicología, y dentro de esta última no se trata solo de un campo de aplicación de la psicología, sino fundamentalmente de un campo de investigación (Bleger, 1966, p. 45). El psicólogo institucional en su tarea profesional como psicólogo debe incluir en su quehacer la investigación para documentar que está ocurriendo en la sociedad para poder enriquecer su hacer de prevención y/o intervención.

Al respecto, Bleger (1966, p. 44) afirma que la psicología institucional es un capítulo reciente en el desarrollo de la psicología y nadie puede, en la actualidad, ostentar ni apoyarse en una vasta experiencia, ya que hasta ahora es limitada e incluye fundamental y casi únicamente organismos hospitalarios y educativos. A esta brecha de información se le une el hecho de que los programas de formación profesional de pregrado y posgrado son limitados en el tiempo, no siempre responden a las necesidades reales de la población y continúan basándose en modelos curativos y hospitalarios.

De este modo se observa cómo la incorporación del psicólogo de la salud en las instituciones de salud ha tropezado por muchos obstáculos para establecerse como una actividad profesional

independiente de la medicina, con su propio ámbito de trabajo. En el futuro próximo debemos establecer el quehacer del psicólogo institucional en el sector de la salud, “esto es, como profesionales de la psicología que compartimos un mismo interés, el de participar activa y decididamente en el sector sanitario, debemos procurar el mismo reconocimiento que históricamente han recibido profesionales involucrados en el citado sector” (Piña 2004, p. 2001).

Construyendo el presente: el perfil de egreso del psicólogo de la salud

Al abordar el perfil de egreso del psicólogo de la salud nos remitiremos a una serie de aspectos propios de la psicología. Esta carrera en la mayoría de los programas educativos (PE) ofertados en las distintas universidades del país (IES) se conforma por áreas de especialidad y/o acentuación, entre las que se encuentra la psicología de la salud. En los próximos apartados abordaremos una temática indispensable orientada a las competencias del psicólogo en el siglo XXI, permeadas por las políticas educativas actuales, sin dejar de mencionar el Proyecto Tunning en Latinoamérica y sus implicaciones.

El proyecto Tunning en Latinoamérica

En los últimos años se han presentado una serie de modificaciones a la visión del aprendizaje en los estudiantes, anteriormente se hablaba de habilidades que los profesionistas adquirirían al finalizar cualquier carrera; sin embargo, esto ha cambiado contundentemente. Prueba de ello se plasma en el proyecto Tunning Europa. Este surge exclusivamente en y para el contexto europeo; en él confluyeron 175 universidades de dicho continente. El objetivo principal fue elaborar un marco rector en el que se mencionaran tanto las competencias genéricas como las específicas a partir de las cuales se pudieran estructurar los planes y programas educativos. Nos estamos remontando al año 2007; en 2014 se constituye el proyecto Tunning en América Latina. En él se elabora un marco reflexivo-crítico, producto de una multirreferencialidad, tanto pedagógica como disciplinaria, para compatibilizar sus líneas de acción. En la actualidad este proyecto se ha convertido en una metodología internacionalmente reconocida; una herramienta construida por las universidades y para las universidades.

El proyecto Tunning-América Latina ha sido un lugar en el que han confluído agentes inmersos en la educación superior, en el que se pretende que el aspecto de la titulación se vuelva una tarea más homogénea y articulada, a través de consensos y sin perder de vista el enfoque de competencias que se espera alcancen los recién titulados (Tunning América Latina, 2013).

El Tunning América propone cuatro líneas de acción. A saber:

1. Competencias (genéricas y específicas de las áreas temáticas)
2. Enfoques de enseñanza, aprendizaje y evaluación de estas competencias
3. Créditos académicos
4. Calidad de los programas

De acuerdo con Pertile (2017), el término competencia tiene su origen aproximadamente alrededor de los años veinte en Estados Unidos; hace referencia a capacitación y formación de

personas en un contexto de trabajo; no es sino a fines de 1960 y principios de 1970 que el psicólogo David McClelland, lo utiliza en sus investigaciones con el fin de explicar la conducta humana. En los años noventa se retoma a partir de las formulaciones de Daniel Goleman sobre la inteligencia emocional, surgiendo y tomando auge en la práctica empresarial y profesional. Otros autores (Huerta, Pérez y Castellanos, 2000, p. 173, citado en: Chariia, Sarsosa, Uribe, López y Arenas, 2011) aseveran que, en países como Alemania, Australia y Argentina también se han encontrado precedentes sobre este tópico.

Por otro lado, el concepto competencia en educación se presenta como una red conceptual amplia que hace referencia a una formación integral del ciudadano por medio de nuevos enfoques como el aprendizaje significativo en diversas áreas: cognoscitiva (saber), psicomotora (saber hacer, aptitudes), afectiva (saber ser, actitudes y valores). En este sentido, la competencia no se puede reducir al simple desempeño laboral, tampoco a la sola apropiación de conocimientos para saber hacer, sino que abarca todo un conjunto de capacidades que se desarrollan a través de procesos que conducen a la persona responsable a ser competente para realizar múltiples acciones (sociales, cognitivas, culturales, afectivas, laborales, productivas), por las cuales proyecta y evidencia su capacidad de resolver un problema dado, dentro del contexto específico y cambiante... Así la formación integral se va desarrollando poco a poco, por niveles de complejidad, en los diferentes tipos de competencias: básicas o fundamentales, genéricas o comunes, específicas o especializadas y laborales (Proyecto Tunning América Latina, 2013, p.36).

Lo anterior tuvo un impacto sustantivo en la formación de los psicólogos y en particular, de los psicólogos de la salud. Ya no se trataba solo de formar profesionales generalistas; antes bien, se incorporaron elementos propios del perfil del psicólogo de la salud a los planes y programas de licenciatura en la disciplina, y por otro lado se generan programas de licenciatura en donde la psicología de la salud es una opción terminal. A esto contribuyeron las aportaciones que, en años posteriores, agregaron los resultados del proyecto. En su versión 2013 se trabaja la noción de "meta perfil"; para ello se integraron competencias específicas del área de psicología y se definieron cinco dominios, entendidos como campos de saberes teóricos, prácticos y teórico-prácticos que el psicólogo debe dominar y orienta su actuación científica y profesional. Estos dominios fueron: el ético, el epistemológico, el interdisciplinario, el disciplinar y el profesional. Por lo tanto, los dominios y las competencias que los constituyen no pueden ser concebidos aislados uno de los otros; por el contrario, las fronteras de cada uno son absoluta y necesariamente permeables, de manera tal que las competencias y el perfil del psicólogo no se puede comprender sino en relación con el conjunto de los elementos que le constituyen (Tunning América Latina, 2013). En la figura 9.1 se muestran los dominios con sus respectivas competencias, en el que se abordan las metas y perfiles de los egresados de la carrera de psicología.

Figura 9.1 Dominio de las distintas competencias de la carrera de psicología.**Dominio ético**

Respetar la diversidad individual y sociocultural.

Comprender los fundamentos y principios éticos que atañen al quehacer profesional y científico.

Asumir el compromiso ético de la práctica psicológica.

Dominio epistemológico

Entender la vinculación entre saber científico y saber cotidiano.

Conocer y entender los fundamentos epistemológicos de la ciencia.

Comprender los fundamentos epistemológicos de las teorías psicológicas.

Dominio interdisciplinar

Integrar y utilizar los conocimientos de otras disciplinas.

Comprender el sustrato biológico de los procesos psicológicos humanos.

Trabajar en equipos multi e interdisciplinarios para el conocimiento y en contextos de práctica profesional.

Dominio disciplinar

Reflexionar de manera crítica sobre los problemas de la disciplina psicológica.

Comprender y explicar los procesos psicológicos desde una perspectiva bio-psicosocial.

Comprender las transiciones del ser humano a través del ciclo vital.

Identificar y comprender las teorías y la práctica psicológica.

Establecer relaciones entre la teoría y la práctica psicológica.

Dominio profesional

Realizar investigación científica en el área de la psicología.

Realizar diagnóstico y evaluación psicológica a través de métodos de la psicología.

Comprender y contribuir de acuerdo con las problemáticas de las personas, según su contexto.

Mediar y/o negociar en los diferentes ámbitos de la práctica psicológica.

Realizar asesorías y orientación psicológica.

Fuente: Elaboración propia adaptado (Proyecto Tunning Latinoamérica, 2013).

Competencias del psicólogo de la salud

Las competencias laborales son características señaladas por organismos tales como el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (ANEAES) y los Comités Institucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES), además de instituciones de educación superior (IES). Estas se convierten en herramientas fundamentales, ya que se evalúan las habilidades adquiridas en saberes y la manera en que se integran a la realidad en los distintos escenarios (García, 2011). En el año 2005 se realizó la segunda convocatoria de Ayudas para el Diseño de Planes de Estudio y Títulos de Grado de la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación (ANEA). Fue coordinado por la Universidad de Barcelona y participaron 31 facultades que imparten la licenciatura en Psicología en Europa. Precedentes de este tipo de proyectos son el “Europsy-T” y “Europsych-EDP”, realizado bajo los auspicios de la *European Federation of Psychologists Association* (EFPA) y la Unión Europea. En este proyecto se pretendieron establecer tres perfiles comunes para el conjunto de la psicología europea, con la posibilidad de conocer las diferentes tradiciones psicológicas en cada país. En la tabla 9.2 se muestran las diferentes clasificaciones de las competencias para el perfil en psicología clínica y de la salud.

Tabla 9.2 Competencias del psicólogo en psicología clínica y de la salud.

| Competencias transversales | Competencias específicas |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Competencias instrumentales de carácter cognitivo (resolución de problemas, análisis y síntesis, toma de decisiones, comunicación oral y escrita, y organización y planificación. • Competencias personales: compromiso ético, trabajo en equipo, relaciones interpersonales y en menor medida, trabajo en equipos interdisciplinarios y razonamiento crítico. • Competencias sistémicas como mantener actualizadas las competencias y en menor medida adaptarse a nuevas situaciones e interés por la calidad de la propia actuación. • Otras competencias transversales como la autocrítica, conocer las propias competencias y limitaciones y asumir responsabilidades. | <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de necesidades y demandas de los destinatarios. • Ajustarse a las obligaciones deontológicas, destacan algunas competencias de evaluación psicológica, las competencias de comunicación (elaborar informes y proporcionar retroalimentación a los destinatarios). • Práctica total de las competencias relacionadas con la evaluación y el diagnóstico. |

Fuente: Elaboración propia adaptada (Libro Blanco, Título de Grado en Psicología, s.f.).

Actualidad de la psicología de la salud

Podemos decir que la psicología de la salud, hoy en día, goza de cierto reconocimiento por otros profesionales de la salud y dentro de las mismas instituciones sanitarias. Reconocimiento que ha logrado obtener (no sin ciertas dificultades) y que en un principio tuvo que sortear para obtener su propia identidad, muy distinta, por ejemplo, de la psicología clínica, la medicina comportamental y

la medicina psicosomática, entre otras. En este sentido, Morales y Díaz (2000) opinan que, si comparamos a la psicología con otras disciplinas en su papel de colaboradora en las instituciones de salud, veríamos que es joven y se ha desarrollado bajo la observación de los médicos. Ante ello, estos mismos autores afirman lo siguiente: “Sin embargo, su crecimiento en los últimos veinte años ha provocado que se diferencie de ese modelo para construir uno propio y más consecuente con sus técnicas y objetivos” (p. 177).

A continuación, revisaremos algunos aspectos tales como la profesionalización de los psicólogos de la salud y sus contribuciones; sobre estas últimas se centrará la atención principalmente en la adherencia terapéutica, la relación médico-paciente, el papel del psicólogo en los entornos hospitalarios y los cuidados paliativos, mismos que de una u otra manera han permitido a la psicología de la salud tomar un rol más activo dentro de las instituciones de salud.

Un aspecto crucial para legitimar la profesionalización de los psicólogos de la salud ha sido a través de las instituciones formadoras de estos recursos humanos. La formación universitaria tanto en licenciatura como en posgrados le ha dado al futuro profesional de la psicología de la salud las competencias necesarias para poder realizar funciones de prevención, rehabilitación e investigación. De hecho, la primera década del siglo XXI constató un considerable avance y consolidación de la docencia y de la investigación en psicología de la salud en las universidades, con lo cual se reconoce la importancia de formar a los futuros profesionales en esta área.

En el caso particular de nuestro país si revisamos el padrón del Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) publicado en septiembre del 2017 (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 2017), nos daremos cuenta que existen tres doctorados y cinco maestrías con énfasis en psicología de la salud. Aunque la cifra no es muy grande, no podemos demeritar el esfuerzo de dichas universidades por ofrecer programas de calidad en dicha área. Tampoco debemos dejar de lado aquellos posgrados que, si bien no se encuentran en el PNPC, no por ello reconocer su contribución en la formación de dichos profesionistas.

Por otro lado, habrá que puntualizar que tanto en los programas de licenciatura (en donde también ya se imparten algunas asignaturas de psicología de la salud) como en los posgrados tanto considerados de calidad como si no, se tienden puentes de colaboración a través de convenios con las instituciones del sector salud, en donde los estudiantes en formación pueden realizar sus prácticas profesionales, servicio social o bien integrarse en proyectos de investigación interinstitucionales, lo que les permite poner en práctica sus conocimientos teóricos y metodológicos en los distintos escenarios de la psicología de la salud.

Por su parte las propias instituciones de salud reconocen dentro de sus políticas la atención integral al paciente a través del modelo biopsicosocial, es decir los factores psicológicos y sociales son tan importantes como los biológicos dentro de los procesos de salud-enfermedad. Sin embargo, el sistema mismo en ocasiones limita la inclusión del psicólogo a través de sus múltiples prácticas y normativas. Aunque, si bien es cierto, se reconoce el papel de apoyo y orientación del psicólogo con los pacientes en las instituciones de salud (Gómez et al., 2013) y se reconoce como parte de un equipo interdisciplinar; sin embargo, en ocasiones son los mismos profesionales de la salud quienes no tienen claras las funciones y roles de un psicólogo clínico y un psicólogo de la salud.

En este sentido autores como Tobón y Núñez (2000) consideran que los sistemas de salud han perpetuado la permanencia de un modelo biomédico disfrazado de cambio; es decir, no se le ha otorgado al psicólogo una clara ubicación en el sistema y tampoco como dice Piña (2004) ha tenido

el mismo reconocimiento profesional del que gozan los médicos; aunque se reconoce cada vez con mayor claridad su importante papel en el desarrollo de programas de prevención, promoción e intervención efectivos. En este tenor, la psicología de la salud debe estar a la vanguardia y continuar desarrollando dichos programas que redunden a su vez en una mejora del sistema sanitario mismo. Cabe entonces reconocer aquí uno de los objetivos de la psicología de la salud que señala Oblitas (2008, p. 223)

Evaluación y mejora del sistema sanitario: en este rubro se encuadrarían todas las propuestas dirigidas a mejorar la atención sanitaria en lo que se refiere a la práctica profesional, a la educación sanitaria de los usuarios y a la relación entre los colectivos implicados, además de la formulación de una política de salud.

Otro aspecto que le ha dado reconocimiento a la psicología de la salud dentro de las instituciones sanitarias son sus innegables contribuciones, de las cuales solo mencionaremos algunas por razones de espacio.

La adherencia terapéutica constituye uno de los principales problemas dentro de la práctica médica, ya que buena parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad del paciente, y si este no cumple con las prescripciones médicas sus problemas de salud se pueden exacerbar y favorecer la progresión de enfermedades. Es por ello que para Martín y Grau (2004, p. 91) “es una categoría que refleja fehacientemente el objeto de estudio de la psicología de la salud”. La afirmación de estos autores va en un sentido paradigmático, es decir el apego al tratamiento lleva implícito el comportamiento humano y la conducta de salud, por lo que se reconoce como un fenómeno complejo y multifactorial.

La conducta de cumplir el tratamiento médico está mediada, entre otras cosas, por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos. El padecimiento de una enfermedad ya implica de suyo una carga estresante en el desenvolvimiento de la vida de las personas, a la que se añade el cumplimiento riguroso de un régimen de indicaciones que implica la realización de esfuerzos encaminados a garantizar el cumplimiento de aquéllas. (Martín y Grau, 2004, p. 91).

Más allá de todos los problemas que implica la no adherencia terapéutica (a nivel personal, familiar y social) también están las repercusiones a la institución de salud en su impacto en la relación costo-beneficio. Y aunque ha habido grandes avances en torno a poner en práctica los modelos teóricos, estos están en constante revisión y análisis; así como la elaboración de una gran variedad de instrumentos para tratar de medir la adherencia y distintas propuestas metodológicas, este se considera un fenómeno complejo y por tanto su investigación sigue siendo un reto para la psicología de la salud.

La relación médico-paciente es otro de los rubros en donde la psicología de la salud ha tenido notables aportes. Por ejemplo, se ha observado que la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente también es crucial para la adherencia terapéutica. La relación médico-paciente estará en función de la forma y contenido de la comunicación, así como también en la satisfacción y expectativas que se tenga del profesional sanitario y la institución (Rodríguez-Marín y Neipp, 2008; Taylor, 2007; Soria, Vega, Nava y Saavedra, 2011).

Otro aporte importante de la psicología de la salud es el relacionado con los “cuidados al cuidador”; es decir, al estrés propio de los mismos profesionales de la salud que, al estar en un área cercana a la enfermedad, al sufrimiento, a la muerte, a las largas jornadas laborales, turnos nocturnos y un largo etcétera produce en ellos agotamiento físico, mental y emocional, lo que puede tener repercusiones en su propia salud. Diversas investigaciones han demostrado dichos efectos, así como su relación con distintas variables (Ansoleaga, Toro, Godoy, Stecher y Blanch, 2011; Austria, Cruz, Herrera y Salas, 2012). La tarea subsecuente a partir de estos hallazgos ha sido la intervención.

Estudios recientes encaminados a la prevención han demostrado efectos positivos en la implementación de programas de aprendizaje combinados con el manejo del estrés y entrenamiento en resiliencia (Magtibay, Chesak, Coughlin y Sood, 2017), aunque habrá que reconocer que dichas intervenciones están enfocadas únicamente al individuo. En este sentido algunos autores como Grazziano y Ferraz (2010) ya habían señalado que las intervenciones enfocadas en la organización del trabajo serían aún más eficaces porque reducirían las fuentes del estrés ocupacional. Aquí la participación del psicólogo de la salud es crucial, no solo en la realización de evaluaciones de esta merma en la salud de los profesionales sanitarios y en sus oportunos programas de intervención, sino también como gestor en las políticas institucionales que coadyuven en la prevención de estos trastornos.

Un aspecto que merece especial atención es el papel del psicólogo de la salud en entornos hospitalarios, ya que es aquí donde directamente las instituciones mismas valoran las competencias adquiridas a lo largo de su formación y experiencia profesional. En idioma español existen varios libros especializados en el tema, por ejemplo, en el de Rodríguez y Zurriaga (1997), en donde resaltan aspectos tales como el contexto hospitalario como generador de estrés, la enfermedad, el afrontamiento y ofrecen un modelo explicativo de cómo se entrelazan todas estas variables.

Otro texto muy importante es la compilación realizada por Remor, Arranz y Ulla (2003) titulado *El psicólogo en el ámbito hospitalario*, en donde, además de puntualizar los procesos psicológicos asociados con la hospitalización, muestra las formas de intervención del psicólogo en distintos procesos mórbidos, convirtiéndolo en un referente dentro la literatura de la psicología de la salud.

Dentro del ámbito hospitalario se advierte del oportuno papel del psicólogo en los casos de cirugía bariátrica. Dicha cirugía se considera actualmente de mayor efectividad para tratar la obesidad severa, la cual consiste en modificar quirúrgicamente la capacidad gástrica o la absorción y sus procedimientos se pueden dividir en tres: 1) restrictivos (limitan la capacidad gástrica, por ejemplo con banda o manga gástrica) y 2) malabsortivos (modificación anatómica para evitar que el alimento pase por alguna zona del tracto digestivo evitando que se absorba, por ejemplo, derivación biliopancreática, y 3) mixto.

Por su parte, estos cambios anatómicos no garantizan la pérdida de peso y el mantenimiento a largo plazo, porque precisamente dependen de las modificaciones conductuales por parte del paciente y su habilidad para implementar cambios en su estilo de vida, como su adhesión al régimen alimenticio y la actividad física, así como otras variables psicológicas implicadas. Por todo ello, es importante el trabajo interdisciplinario, con lo cual se han identificado dos grandes objetivos del trabajo del psicólogo en un equipo de cirugía bariátrica: 1) identificar posibles contraindicaciones para la cirugía, tales como adicciones, trastornos psiquiátricos, bajo apoyo social, expectativas poco realistas de la cirugía y duelo reciente, 2) identificar retos post quirúrgicos, y proporcionar estrategias para la modificación del estilo de vida y el mantenimiento a largo plazo del mismo. Reforzar

cambio de hábitos, apoyar cambio en la imagen corporal y el manejo de relaciones sociales y familiares. Algunas de las técnicas para el tratamiento de la obesidad son las siguientes: automonitoreo, control de estímulos, solución de problemas, técnicas de relajación y terapia cognitiva. Ante un panorama con aumento en la prevalencia de obesidad y la demanda cada vez más grande de cirugías bariátricas para su tratamiento, se resalta la importancia del papel activo del psicólogo y su capacitación en este campo, sobre todo si la norma institucional dicta que debe ser un tratamiento interdisciplinario (Sierra, 2013).

Otra área dentro del ámbito hospitalario es la referente a las enfermedades terminales y los cuidados paliativos. Este es un campo de acción del psicólogo de la salud con más avances en los últimos años, sobre todo en países desarrollados. En el caso particular de México, este ha tenido un desarrollo lento pero progresivo. El día 5 de enero de 2009 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la reforma al Artículo 184 de la Ley General de Salud y se adiciona el Artículo 166 Bis que contiene la Ley en Materia de Cuidados Paliativos. La ley establece que todo paciente tiene acceso a los cuidados paliativos, pero por factores geográficos este acceso es restringido porque dichos servicios se han desarrollado principalmente en las ciudades de Guadalajara, Monterrey y en la Ciudad de México (Pastrana et al. 2012).

En la Ciudad de México es en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) quién comienza a brindar el servicio de cuidados paliativos a partir de 1989 en conjunto con la Clínica del Dolor, pero es hasta el año 2010 que se formaliza la separación del servicio de manera independiente, dando como resultado la creación del Programa de Atención y Cuidados en Oncología (PACO) en donde apoya el área de atención psicológica (Ascensio, Rangel y Allende, 2013). Dentro de las políticas institucionales del INCan se encuentra el Programa Nacional de Control de Cáncer (PNCC) el cual incluye cinco temas centrales, entre los que destaca el de Cuidados Paliativos.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017), las tres principales causas de muerte en todo el territorio nacional mexicano registradas en 2015, son las enfermedades del corazón con 128,731 casos (se excluye aquí el paro cardíaco), la diabetes mellitus con 98,521 y los tumores malignos con 79,514 casos. Es muy probable que en estos casos las personas se enfrentaran a un padecimiento progresivo e incurable, en donde la alternativa más viable fuera la paliación. Y también es muy probable que, en muchos de estos casos, esta ni siquiera fuera una alternativa por lo señalado líneas arriba.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007, p. 2) define los cuidados paliativos como:

Una necesidad urgente y humanitaria de carácter mundial para las personas con cáncer u otras enfermedades crónicas mortales. Los cuidados paliativos son particularmente necesarios en aquellos lugares donde una alta proporción de los pacientes se encuentra en fases avanzadas y con pocas posibilidades de curación.

En los cuidados paliativos el objetivo ya no es prolongar la vida de la persona, sino conseguir una calidad de vida y calidad de muerte lo más alta posible. La atención debe ser integral con equipos profesionales multidisciplinarios e interdisciplinarios. En donde se deberá poner atención, no solo a los aspectos biológicos (como el control del dolor y otros síntomas), sino también a los psicológicos, sociales y espirituales. Bajo esta perspectiva la participación del psicólogo de la salud es indiscutible. Dentro de sus funciones según Fernández, Ortega, Pérez, García y Cruz (2014), se encuentra la intervención enfocada al paciente, la familia y el equipo sanitario. Sin olvidar la línea

temporal que va desde el trabajo preventivo hasta el que se produce con la familia tras el fallecimiento del paciente, así como tareas de docencia e investigación. Sobre todos estos temas y las experiencias derivadas de ellas, se encuentra una amplia literatura tanto de modelos teóricos explicativos como de estudios empíricos.

También hay que recordar que dentro de los cuidados paliativos también se encuentra la población de niños y adolescentes. En México el cáncer es la segunda causa de muerte en niños de uno a 14 años, y se estima que del cinco al 10% tendrán una evolución como enfermos terminales (Chirino y Gamboa, 2010). La complejidad inherente de los cuidados paliativos pediátricos deviene en un reto para todos los involucrados en su atención.

La muerte de un niño es un acontecimiento dramático y doloroso que invierte el orden natural de la vida e impacta no solo a la familia del paciente, sino también al personal de salud que los acompaña. Para los padres, el fallecimiento de un niño representa la pérdida de los sueños y esperanzas depositadas en él, la pérdida de confianza en su papel de padres; para los médicos se producen sensaciones de fracaso y derrota al romper con las expectativas de “poder curar” (Vallejo y Garduño, p. 428).

A pesar de que en nuestro país las instituciones prestadoras de salud reconocen la importancia de aplicar los cuidados paliativos de manera integral (biológica, psicológica, social y espiritual), y de que el proceso de intervención se encuentra legalizado señalando los derechos y obligaciones tanto del médico como del paciente, ellas mismas reconocen una cobertura limitada. Diversos factores convergen aquí, se puntualizan a continuación.

Uno de los principales problemas que aqueja a nuestro país y que tiene repercusiones a todos los niveles, es el que se refiere al bajo presupuesto que se destina al sector salud, lo que conlleva que no todos los hospitales tengan la infraestructura necesaria y suficiente para cubrir las necesidades de la población que requiere este tipo de cuidados.

Otro factor importante es que el área de cuidados paliativos es el que posiblemente genere mayor desgaste emocional para los profesionales de la salud, y que de alguna manera eviten hacer este tipo de trabajo. En estudio realizado en nuestro país por Ascencio, Allende y Verástegui (2014) sondearon las creencias, actitudes y ansiedad hacia la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos. Dentro de sus principales actitudes hacia el paciente terminal y la muerte se encontró mayor responsabilidad y atención hacia la vida y promoción del crecimiento personal para aceptar su propia muerte. Con lo cual se requieren profesionales capacitados en esta área. Y aunque ya hay algunas instituciones que ofrecen diplomados y posgrados, como el Instituto Mexicano de Tanatología, el Instituto Mexicano de Psicooncología y La Universidad Enrique Díaz de León, esto aún no es suficiente. Aquí la psicología de la salud debe involucrarse más y ofrecer también la profesionalización requerida en este campo de acción que demanda sus servicios.

Prospectiva de la psicología de la salud en las instituciones de salud

Comportamiento y salud

Para poder hablar sobre la prospectiva de la psicología de la salud dentro de las instituciones de salud, es menester caracterizar y atender las áreas de oportunidad presentes en el desarrollo de la misma. Las páginas que nos preceden dejan al relieve que cada vez más está presente la importancia del estudio del comportamiento humano y su repercusión en la salud, y en la calidad de vida de la cual no hablaremos ya en forma exhaustiva, pero sí mencionar de paso que es apabullante la presencia del factor comportamental en las principales causas de muerte, tanto a nivel mundial como nacional.

Con base en las primeras 10 causas de muerte, el *Center for Disease Control of Atlanta* concluyó que si se eliminan las del primer año de vida... la proporción de la mortalidad determinada por el estilo de vida se acercaría al 50%." (Oblitas, 2010).

En un estudio mencionado por Torio y García (2000) se demostró que aspectos comportamentales tales como fumar, actividad física, consumo de alcohol, número de horas de sueño y la obesidad están íntimamente asociados con riesgo de muerte en personas de 30 a 69 años.

Lo anterior nos muestra entonces que estas principales causas de muerte y morbilidad son totalmente prevenibles si se incorpora a la psicología de la salud en la atención primaria, enfocándose al mejoramiento de la calidad de vida, poniendo especial atención en algunos de los siguientes procesos:

La forma en que las emociones se relacionan con los procesos de salud y de enfermedad, qué factores conductuales de riesgo pueden identificarse para ciertas enfermedades; a través de qué acciones cognitivas y de comportamiento pueden afrontarse eficazmente situaciones estresantes de la vida cotidiana (Oblitas, 2010a).

Siguiendo con el pensamiento del autor, desde la psicología de la salud se deben desarrollar programas preventivos que apunten hacia el autocontrol y la autorregulación, tanto física como psicológica, para que se pueda modificar la presencia de procesos mórbidos.

Todo esto es competencia de los psicólogos como expertos en el comportamiento humano, tomar en cuenta las emociones, motivaciones y procesos relacionados con las conductas denominadas por Oblitas (2010) como patógenos o inmunógenos conductuales. Sabemos que no todas las personas cambian o adoptan comportamientos saludables por un solo tipo de razones, Rodríguez (2014), por ejemplo, una persona puede abstenerse de fumar para evitar el dolor de cabeza; hacer una dieta sana para practicar su deporte favorito, o dejar de tomar alcohol porque un amigo se accidentó estando ebrio. En ninguna de las razones del ejemplo presentado se tiene como prioridad el cambio de hábito buscando mejorar la salud.

La psicología de la salud, ¿un campo prometedor?

Las aplicaciones de la psicología de la salud, la revisten como:

...el campo de mayor futuro de la psicología para las próximas décadas y, por tanto donde hay que esperar a que se produzca el mayor desarrollo, crecimiento y expansión de todas las ramas de la psicología, tanto a nivel teórico como formativo, investigador y aún más importante profesional” (2000) Becoña E, Vázquez F., y Oblitas L.

Es verdad que el campo de la psicología de la salud en general es muy fértil en cuanto a toda la generación y aplicación del conocimiento promete; sin embargo, y si bien en la época actual se han rescatado importantes correlaciones entre comportamiento y salud, podemos hablar al momento de lo prometedor de la psicología de la salud más como un asunto potencial que como un asunto real. Esto significa que depende del posicionamiento que tenga el psicólogo y la psicología en las instituciones de salud que se le dé el acogimiento adecuado a todas las actividades realizadas por y desde la psicología de la salud.

Al respecto, encontramos dos grandes asuntos a trabajar en la prospectiva psicológica de la salud. La primera, tiene que ver con la formación del psicólogo de la salud desde tres principales tareas (1982 Weiss, “Investigación, aplicaciones y formación”, citado en Oblitas, 2000).

¿Cómo puede hacerse presente el psicólogo de la salud en las instituciones? Coincidimos con Oblitas, quien le apuesta a la preparación constante del psicólogo de la salud y su presencia cada vez más frecuente en la investigación básica y aplicada de los factores conductuales involucrados íntimamente en los principales problemas de salud:

[...] en particular en las actividades de evaluación, prevención e intervención psicológica, con una perspectiva cognitiva, emocional y conductual, interdisciplinaria e integracionista, basada en evidencias empíricas. El futuro de la psicología, como ciencia y profesión, está en el tema de la salud, en términos de fomento del bienestar y la salud y el control de los factores psicológicos que inciden en la enfermedad (Oblitas, 2008).

De igual manera, Oblitas hace patente la importancia de incrementar la investigación empírica en función de los principales problemas psicosociales, y la presencia del psicólogo de manera activa en revistas especializadas y libros actualizados son actividades promisorias que hacen que el psicólogo de la salud esté cada vez más presente en los debates actuales de investigación en torno a la relación comportamiento, calidad de vida, salud y enfermedad.

De las líneas de investigación que propone Oblitas (2010) para el desarrollo futuro de la psicología de la salud, vemos como apremiantes las siguientes:

- Incorporación del modelo conductual por parte de otros profesionales de la salud, previa formación biológica para comprender, explicar y cambiar los comportamientos desadaptativos relacionados con la salud. Ante la aún abrumadora presencia del modelo biomédico, es importante buscar estrategias de concientización del personal sanitario respecto a la promoción de salud, calidad de vida y prevención de la enfermedad, incorporando los aspectos tanto psicológicos como sociales en la atención que se brinda en las instituciones de salud.

- Gran desarrollo de programas preventivos en enfermedades causadas por hábitos inadecuados... (corazón, cáncer y carretera) dejando de relieve que estas enfermedades y defunciones son totalmente prevenibles.
- “Aplicación de procedimientos eficaces de bajo costo”. Retomando los aspectos costo-eficacia, “es importante que se demuestre a través de estudios controlados la eficacia de ciertos procedimientos para que los dirigentes políticos y los estamentos administrativos y demás profesionales apoyen acciones programadas de la psicología de la salud”. De nuevo cobra importancia la credibilidad, basada en la evidencia de la investigación empírica, en pos de la destinación de recursos y políticas para el fortalecimiento de nuestra área.
- “Mejoramiento de las técnicas disponibles, evaluación adecuada de las existentes y desarrollo de nuevos procesos de intervención”. La evaluación constante de las técnicas y procedimientos de intervención hace que el trabajo de la psicología de la salud sea vigente.
- “Desarrollo de la psiconeuroinmunología”. Tiene que ver con la relación estrecha entre la psicología, el sistema nervioso y el sistema inmune “sostiene la hipótesis de que el sistema inmunológico puede ser controlado por la mente y poder alterar así el proceso o disposición a la enfermedad” (Ortega, 2011).
- “Utilización de medios de comunicación masiva”. Para que las estrategias de autoayuda para controlar el estrés, dejar de fumar, entre otros inmunógenos conductuales, puedan llegar a cada vez más población, de manera eficaz.
- “El desarrollo de estrategias preventivas para evitar recaídas después de alcanzar ciertos logros en la modificación de comportamientos”. Sobre todo en lo que se refiere a comportamientos adictivos, como el consumo de alcohol y cigarrillos.
- “Utilización saludable del tiempo libre”. Promoviendo acciones que repercutan en la calidad de vida y por ende en su salud.
- “Incremento en la asistencia a personas de edad avanzada y con SIDA” En este apartado podemos relacionar esperanza de vida con calidad de vida en ambos tipos de población (Oblitas, 2010).

Además de las sugeridas por Oblitas, podemos agregar como atención prioritaria desarrollar estrategias de contención que puedan dirimir en la salud de las personas que padecen *burn out* o estrés laboral, presente principalmente en las personas que trabajan con otras personas y que cobra mayor impacto en lo que a las instituciones de salud se refiere. Este aspecto es fundamental ya que estas personas además de estar sobrecargadas de trabajo horario, día con día se enfrentan a pérdidas de todo tipo, incluyendo la muerte.

El uso de la cibertecnología, en atención a problemas específicos de salud, puede ser un campo promisorio en el futuro de la psicología de la salud, ya que se puede utilizar para atender de manera inmediata alguna situación imprevista sin necesidad de acudir físicamente a la institución de salud. La atención especial a la calidad de vida del cuidador en las enfermedades crónicas y la importancia del trabajo con redes de apoyo social, familiar, institucional, formal e informal, coadyuvarían a liberar en algo de la sobre carga percibida que, de no tratarse, puede poner a la persona cuidadora en riesgo de enfermar o morir.

El trabajo de fomentar el cambio de hábitos perjudiciales para la salud por hábitos saludables pone al psicólogo de la salud en el papel de reeducador, es decir, tiene que diseñar estrategias que contrarresten años de vida de estilos de vida poco saludables. Es decir, el psicólogo de la salud

tiene que estar atento a los procesos psicológicos que generen uno u otro tipo de conducta y buscar las estrategias para incidir en el cambio.

Por tal razón, el trabajo del psicólogo de la salud con las generaciones más jóvenes, en especial la niñez sería en el sentido no de reeducar, sino de formar hábitos saludables desde temprana edad. En este aspecto, la meta es que las nuevas generaciones puedan tener mejor calidad de vida, y por ende, la presencia de factores mórbidos producidos por la conducta se vayan erradicando. Es entonces que el trabajo con los padres como educadores de las nuevas generaciones es un área muy prometedora dentro del campo de la psicología de la salud y de la calidad de vida.

La presencia del psicólogo de la salud en las instituciones de salud y su relación con las políticas públicas de salud

El segundo campo problemático a considerar es que además de la formación constante del psicólogo de la salud, y para que se puedan lograr todos los alcances de esta rama de la psicología, es importante tomar en cuenta algunas cuestiones en torno a la presencia y del psicólogo de la salud en las instituciones de salud.

Aún con todas las aportaciones reales y potenciales de la psicología de la salud en las instituciones de salud, que dan cabida al enfoque bio-psicosocial, es importante mencionar que, en la práctica, aún se tiene la permanencia de la hegemonía del modelo biomédico en lo que a la importancia del psicólogo se refiere, dando prioridad a la figura del médico, enfermeras, técnicos y demás personal sanitario por encima del psicólogo y viendo a la salud como ausencia de la enfermedad.

De acuerdo con Piña (2004), quien analizó algunos de los marcos normativos en materia de salud en nuestro país, existe una caracterización muy pobre en lo que a la psicología y al psicólogo se refiere. No obstante, la cantidad de investigaciones que en el campo de la salud se han hecho por los psicólogos, el reconocimiento profesional dentro de las instituciones de salud es nulo o inexistente.

Al respecto, McMurtry y Bultz (2005) mencionan que “esta enorme disparidad entre los recursos que se destinan a tratamientos biomédicos y los que se destinan a la atención psicosocial de enfermedades y trastornos emocionales refleja el pensamiento reduccionista actual que domina las decisiones en políticas de salud” (citado en Pastor, 2008, p. 287).

Esto se refleja en varios aspectos, empezando por la casi inexistente contratación de psicólogos con esa plaza y circunscribiendo en el mejor de los casos, su labor al trabajo clínico, diagnóstico de enfermedades mentales y no al trabajo preventivo de la psicología de la salud y de la calidad de vida. Al respecto, se hace un llamado a apelar a lo que Piña (2004a) llama conciencia de gremio, es decir, hacernos más presentes y procurar modificaciones a la normatividad vigente para asegurar el mismo reconocimiento y el mismo trato que otros profesionales de la salud reciben en el sistema sanitario en México:

Nos parece en este sentido que nos encontramos en una coyuntura, en la que, como gremio, –esto es, como profesionales de la psicología que compartimos un mismo interés, el de participar activa y decididamente en el sector sanitario– debemos procurar el mismo reconocimiento que históricamente han recibido profesionales involucrados en el citado sector. No se trata por supuesto de un reconocimiento de palabra, sino de

un reconocimiento de hecho, que quede debidamente plasmado en la normatividad vigente [...] y que ello traiga consigo una discusión seria del estatus profesional de los psicólogos que ejercen en el sector sanitario. Las implicaciones de no hacerlo, seguirán siendo, sin duda alguna las que hoy en día se siguen padeciendo (Piña, 2004).

Otro reto importante en el quehacer del psicólogo de la salud en las instituciones correspondientes, tiene que ver con la delimitación de su campo de acción; no se trata de que el psicólogo de la salud se convierta en un “todólogo” y que atienda directamente todas las demandas de los usuarios. Al respecto, Piña (2006) pone atención en esta necesidad: “finalmente, está el asunto del papel de la psicología de la salud en el campo de la salud y el rol a jugar en este por los profesionales de la psicología”.

Siguiendo con el pensamiento de Piña (2006), la importancia de promover el trabajo inter y multidisciplinario en los temas de salud y calidad de vida, hacen que el papel del psicólogo sea el del transferir el conocimiento generado desde su disciplina tanto a otros profesionales de la salud como a los usuarios, para que sean ellos quienes lo utilicen. Para ello, se deben tener claros los elementos teóricos y metodológicos que, dentro del campo de la psicología, servirán como sustento en esta transferencia del conocimiento. Al respecto, cobra relevancia el papel del psicólogo de la salud como educador:

Chaves, Gomes, Russel y Werner (2005) afirman que: “El psicólogo de la salud debe asumir, sin demérito de otras actividades sustantivas, el papel de una suerte de educador en el sentido amplio del término. De un educador capaz de identificar la dimensión individualizada de los problemas sociales y de su evaluación; de alguien capaz de enseñar a otros a seleccionar, adaptar y utilizar los procedimientos y las técnicas para generar los cambios deseados en los comportamientos, que pueden afectar potencialmente la salud, o que coadyuven a su recuperación una vez que se ha perdido (citado en Piña y Rivera, 2006, p. 277).

Conclusiones

Cada vez está más reforzada la idea de que el modelo comportamental es la panacea para promover la salud y prevenir enfermedades. En este sentido, aun cuando la psicología de la salud presenta un terreno fértil de desarrollo, es el más prometedor por su reciente incorporación a los problemas de salud relacionados con estilos de vida y por su factor de prevención de enfermedades. Es necesario que el modelo se incorpore de manera formal en las instituciones de salud. Es decir, contemplándolo en las políticas públicas de salud.

Toda vez que hemos analizado algunos campos problemáticos para el desarrollo de la psicología de la salud, en las instituciones de salud encontramos que la presencia del psicólogo, y en especial del psicólogo de la salud, dentro de las instituciones de salud es aún incipiente; por tal motivo es prioritario hacerlo salir de la “cuasi invisibilidad” en que se le tiene.

Con la aparición del modelo comportamental y su relación con la prevención de la enfermedad y mortalidad, estamos en una coyuntura que podemos aprovechar para posicionar al psicólogo de la salud en un lugar prioritario dentro de las instituciones de salud, y no como un agregado o un asistente del médico en turno.

Lo anterior solo se puede lograr partiendo de tres estrategias:

- Dedicarle un espacio especial a la formación, investigación y profesionalización del psicólogo de la salud; su participación activa en la generación de nuevos conocimientos respecto a la relación comportamiento, calidad de vida y salud, y la presentación de estos en los principales espacios de divulgación científica, llámese revistas especializadas, libros actualizados, de tal manera que los resultados sean siempre pertinentes, y con el uso de los *mass media*, para que estos puedan llegar a diferentes sectores de la población y no solo dentro del ámbito físico hospitalario.
- Integrar las aplicaciones de la psicología de la salud al trabajo cotidiano dentro de las instituciones de salud, participar de forma activa y decidida hasta lograr el reconocimiento de nuestra profesión equiparable al que se tiene en el campo médico y, por ende, que se generen las condiciones tanto de desarrollo profesional ampliando las oportunidades de formación, investigación y profesionalización como de seguridad laboral del psicólogo en el campo de las instituciones de salud, abriendo más plazas y homologando los sueldos con los de los médicos especialistas, que al fin y al cabo la psicología de la salud es una rama de especialización dentro de la psicología en general.
- De igual forma, que se logre el trabajo interdisciplinario entre los distintos actores del personal sanitario delimitando las funciones de cada uno, tanto del campo de la salud como de la enfermedad, y que a partir de la capacitación que el psicólogo de la salud haga desde su campo a cada miembro del sistema de salud en las instituciones se pueda operar desde el modelo biopsicosocial. El costo-beneficio del modelo comportamental comparado con los altos costos del modelo biomédico (remedial y no preventivo) será un parteaguas en la operatividad del modelo comportamental en personas formadas desde el modelo biomédico, he ahí una enorme área de oportunidad.

Por lo anterior podemos afirmar que hasta que quede fortalecida la figura del psicólogo de la salud dentro del sector salud es que se podrán saborear los frutos del modelo bio-psico-social y su correspondencia con la salud y la calidad de vida.

Referencias

- Alvarez Amézquita, J., Bustamante, M., López Picazos A. y Fernández del Castillo, F. (1960). Historia de la saluidad y asistencia en México. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Ansoleaga, E., Toro, J., Godoy, L., Stecher, A. y Blanch, J. (2011). Malestar psicofiológico en profesionales de la salud pública en la Región metropolitana. *Revista médica de Chile*, 139(9): 1185-1191.
- Arellano Jarillo, G. (2013). Situación actual de la atención en servicios de salud en México. CuidArte "El Arte del Cuidado". *Revista electrónica de investigación en enfermería FESI-UNAM*. 2 (3): 17.
- Ascencio, L., Allende, S. y Verástegui, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11(1): 102-115.
- Ascencio, L., Rangel, N. y Allende, S. (2013). Proceso de atención psicológica en el programa de atención y cuidados en oncología en el Instituto Nacional de Cancerología. *Psicooncología*, 10(2-3): 393-406.
- Austria, F., Cruz, B., Herrera, L. y Salas, J. (2012). Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas Psychologica*, 11(1): 197-206.
- Beneitone, P., González, J. y Robert, W. (Eds.). (2014). *Tunning América Latina. Meta-perfiles y perfiles. Una nueva aproximación para las titulaciones en América Latina*. España: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós.
- Bustamante, M., Viesca, C., Villaseñor, F., Vargas, A., Castañón, R. y Martínez, X. (1982). *La salud pública en México, 1959-1982*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Cárdenas de la Peña, E. (1976). *Medicina familiar en México, IMSS*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Charría Ortiz, V. H., Uribe Rodríguez, K. V., López Lesmes, C. N. y Arena Ortiz, F. (2011). Definición y clasificación teórica de las competencias académicas, profesionales y laborales. *Psicología desde el Caribe*, 28: 133-165. Dirección General de Estadística e Informática, SSA. (2000). *Aportación para la integración del anexo estadístico del I informe de gobierno*. México: Mimeo.
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (2017). *Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) padrón de programas 9/2017*. Recuperado de <https://www.conacyt.gob.mx>
- Fernández, M., Ortega, A., Pérez, M., García, M. y Cruz, F. (2014). Funciones y situación actual de la intervención de los psicólogos en cuidados paliativos. *Psicooncología*, 11(1): 163-172.
- Gómez, M., Chamorro, G., Obispo, K., Parra, Y., Paba, C. y Rodríguez de Ávila, U. (2013, enero-abril). Representación social del psicólogo en el área de la salud: Un estudio cualitativo en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena. *Psicología desde el Caribe. Universidad del norte*, 30(1): 91-122.
- Grazziano, E. y Ferraz, E. (2010, febrero). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería global*, 18: 1-20.
- Holtzman, W.H., Evans, R.I., Kennedy, S. e Iscoe, I. (1998). Psicología y salud. contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud. En *Bol of Sanit Panam*, 105 (3).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>
- Libro Blanco, Título de Grado en Psicología*. (s.f.). España.

- Magtibay, D., Chesak, S., Coughlin, K., y Sood, A. (2017). Decreasing stress and burnout in nurses: Efficacy blended learning with stress management and resilience training program. *Journal of Nursing Administration*, 46(7-8): 391-395. doi: 10.1097/NNA.0000000000000501.
- Martín, I. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1): 89-99.
- Morales, F. y Díaz, E. (2000). Algunas consideraciones sobre la psicología en las instituciones médicas. *Perinatología y reproducción humana*, 14: 176-182. Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. 53 Asamblea Mundial de la Salud A 53/4 punto 3 del orden del día provisional.
- Oblitas Guadalupe, L. A. et al. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida* (3a. ed.). México: Cengage Learning.
- Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de Psicología*, 26: 219-256. Recuperado de <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=337829507002>
- Oblitas Guadalupe, L.A. y Becoña Iglesias, E. (2000) *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Oblitas Guadalupe, L. A. (2004). *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Recuperado de <http://www.sicapacitacion.com/librospsicologia/psicologia%20-%20manual%20de%20psicologia%20clinica%20y%20de%20la%20salud%20hospitalaria.pdf>
- Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de psicología*, 26(2): 220-254.
- Ortega C. (2011). *La psiconeuroinmunología y la promoción de la salud*. XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación. Barcelona, España.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud México; Resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones*. México: OCDE.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Cuidados Paliativos*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2017). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2009). *Estrategia y plan de acción sobre salud mental*. Washington, D.C., Estados Unidos.
- (2002). Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud división de desarrollo de sistemas y servicios de salud Organización Panamericana de la Salud. *Perfil del sistema de servicios de salud México*. México: OPS.
- Pastor Sirera, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*: 281-290. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77829304>
- Pastrana, T., De Lima, L., Wenk, R., Eisenchlas, J., Monti, C., Rocafort, J. y Centeno, C. (2012). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica ALPC*. Houston: IAHP Press.
- Pertile de Aranda, S. (2016). Competencias específicas del Proyecto Tunning América Latina en la carrera de psicología de la Universidad Americana. *Multidisciplinaria*, 4(1): 25-53.
- Piña, J. y Rivera, B. (octubre-diciembre, 2006) Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su Qué y su Para Qué. *Universitas Psychologica*, 5(3): 669-679. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. ISSN: 1657-9267 revistascientificasjaveriana@gmail.com Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750319>
- Piña López, J. A. (2004). La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1): 191-205.
- Piña López, J.A. (2004). La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4: 191-205. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740111>

- Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Informe Final-Proyecto Tunning América Latina 2004-2007.* (2007). España: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Remor, E., Ulla, S. y Arranz, P. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Rodríguez, J. y Zurriaga, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Rodríguez Marín J. (2014). *Psicología social de la salud*. Editorial Síntesis.
- Rodríguez-Marín, J. y Neipp, M. (2008). *Manual de Psicología social de la salud*. Madrid, España: Síntesis.
- Rodríguez Pérez, M. y E., Rodríguez de Romo, A. C. (1998). Historia de la salud publica en México: siglos XIX y XX. *SCIELO*: 5(2): 293-310.
- Ruiz, M. S. (2005). *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*. España: Editores Médicos, S.A. EDIMSA.
- Sebastian, R., W., Pelicioni, M. C. F. y Chiattonne, H. B. C. (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, (2)1: 156.
- Sierra, M. (2013). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica. *Interdisciplinaria*, 30(2): 191-199.
- Soria, R., Vega, Z., Nava, C. y Saavedra, K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*, 17(2): 223- 230.
- Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L. y Pahua Díaz, D. (2016, noviembre-diciembre). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 59(6).
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. (6a. ed.). México: McGrawHill.
- Tobón, S., y Nuñez, A. C. (2000). Psicología y sistema de salud en Latinoamérica. *Perspectivas en psicología*, 3, 21- 40.
- Torío, J. y García M.C.A. (2000). Causalidad y estrategias de prevención. En: Osuna Frías, A., *Salud Pública y Educación para la Salud*. pp. 203-215. Barcelona: Masson.
- Vallejo, J. y Garduño, A. (2014). Cuidados paliativos en pediatría. *Acta pediátrica Mexicana*, 35: 428-435.
- Ulloa, F. (1995). *La novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Werner, S., R., Pelicioni, M. C. F. y Chiattonne, H. B.C. (2002). La psicología de la salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*2(1): 153-172. Asociación Española de Psicología Conductual Granada, España.
- Westphal, M.F. (2001). A Nova Saúde Pública. *Jornal da USP*, 15(545): 2





10

CAPÍTULO

Tipos de familias mexicanas y estilos de crianza en el siglo XXI ¿aún bajo la mirada del conservadurismo?

Mireya Hernández Reyes
Olga Gálvez Murillo

Introducción

Cuando se habla de conservadurismo podemos ubicarnos en la promoción de todos aquellos cambios escalonados, pausados y en continuidad con el pasado que mantienen una conducta intencionada, consciente y reflexiva, opuesta al movimiento progresista que ha permanecido desde antes de la época de la Revolución en México defendiendo todo un sistema de valores donde los principales referentes han pretendido mantenerse vigentes aún en pleno siglo XXI; entre estos se encuentra el modelo de familia patriarcal.

Sin embargo, y en contrapartida, actualmente ya se habla de tipos y modelos de familia. En el primer rubro de este documento se manejan siete tipos de familia, mientras que por su parte Lara (2015) habla de seis tipos de familia, y López (2010) referencia once tipos de familia específicamente en México, esto con base en la clasificación desarrollada por el Instituto de Investigación Social.

En este tenor, Nardone, Giannotti y Rocchi, tras una década de trabajo clínico con familias italianas que guardan amplias semejanzas con los modelos de familias mexicanas, ha obtenido resultados interesantes, tales como la aglutinación de los modelos de familia en seis grandes grupos, mismos que son planteados en el cuerpo de este capítulo.

Esto nos lleva a hablar de familias tradicionales contra familias contemporáneas, lo que nos permite desde esta perspectiva abordar los llamados estilos de crianza dentro de las familias y de cómo estos influyen notablemente en las “tendencias conductuales que adquieren los niños en el transcurso de sus primeras interacciones sociales con los demás y principalmente con sus padres y cuidadores” (Sroufe et al, 2000, citado en Butcher, 2007), poniendo de manifiesto que estos niños /adolescentes son los futuros adultos que estarán incorporándose en los diferentes ámbitos sociales y que, de acuerdo con el tipo de familia y el estilo de crianza que hayan tenido, será su conducta futura.

Una vez que se hizo una revisión teórica sobre la temática elegida, nos hemos planteado un cuestionamiento importante; esta inquietud hace énfasis en el punto medular de este trabajo: ¿se encuentran los tipos de familias y los estilos de crianza en el siglo XXI influidos aún por el conservadurismo histórico?

Conceptualización del término conservadurismo

La palabra conservador o bien conservadurismo, proviene del latín *conservare* (preservar), y la definición del término “conservadurismo”, queda como aquella ideología política y filosofía social que privilegia el *StatuS quo* y, además, busca mantener las tradiciones y las instituciones establecidas. El conservadurismo como tal no es inmutable y busca promover cambios escalonados, pausados y en continuidad con el pasado; sin embargo, puede confundirse con el “tradicionalismo”, que más bien busca un franco retorno al pasado o a la petrificación del presente, tal cual existe (Soberantes, 2012). En este sentido, Cortes (2010) menciona que el sociólogo húngaro Karl Mannheim hace una importante distinción en relación con el conservadurismo moderno y el tradicionalismo. El primero tiene que ver con una función de una situación histórica y social particular, mientras que el segundo es entendido como la tendencia latente en cada individuo que, de manera inconsciente, lo lleva a preferir el pasado y a temer a lo nuevo. Además, sigue diciendo Mannheim que el conservadurismo es una conducta intencionada, consciente y reflexiva que busca oponerse al movimiento “progresista” heredero de la Revolución francesa. No obstante, el conservadurismo nace del tradicionalismo

y es, en cierto modo, tradicionalismo hecho consciente. Esto significa, pues, que el conservadurismo supera su etapa prerreflexiva cuando aparecen en escena otros modos de vida y de pensamiento, frente a los cuales se vuelve necesario defender un modo de vida anterior, como “recuerdo deliberado” que necesita armarse ideológicamente.

Siguiendo con las ideas de Mannheim, define el conservadurismo como impulsor de la defensa de una tradición; sin embargo, esta cambia, es así que se produce el dilema de qué defender, “qué conservar”. Si acepta el cambio como tal lo puede llevar por el camino del nihilismo; defender el modelo ideal a cualquier costo lo conduce también a un problema difícil de resolver. Mientras que el tradicionalismo se define como una respuesta más o menos espontánea y muy predecible al cambio; es decir, existe la resistencia al cambio, que se encuentra en las posiciones político-espirituales más diversas (Fermandios, 1996).

En un artículo publicado en el *ABD Color* (2008) se describe la conceptualización, la ideología y el origen del conservadurismo. El conservadurismo es la ideología política que se distingue por defender la fe ante la razón, la tradición ante la experiencia, la jerarquía ante la igualdad, los valores colectivos sobre el individualismo y la ley natural ante la ley civil. Además, busca el equilibrio y se opone al cambio, la novedad a las situaciones extremistas. Los orígenes del conservadurismo se hallan en las reflexiones de la Revolución francesa, donde uno de los principales precursores es Edmund Burke, quien plasma sus ideas al respecto: a) en la sociedad, una élite, por nacimiento, riqueza y educación será la encargada de gobernar; b) esta élite garantizará la unión de la comunidad mediante costumbres y tradiciones antiguas; c) los cambios se harán de manera gradual y una vez que hayan sido aceptados por la mayoría; y d) el orden, el equilibrio y la cooperación son necesarios para el buen funcionamiento de la sociedad. En tanto, Burke no estaba de acuerdo con los principios de igualdad y soberanía popular ni con el sufragio universal; además rechazaba la idea de que una mayoría tomara las decisiones y otro punto importante, la existencia de grandes diferencias económicas entre los grupos sociales. Por otra parte, en América Latina, el proceso político de la independencia dio lugar, durante el siglo XIX, a surgimiento de un sistema de bipartidismo, con dos partidos, conservadores y liberales, que dominaron la escena política por largos periodos, a veces con la presencia de dictadores y caudillos. Los partidos conservadores se diferencian por las siguientes ideologías: a) apoyo a la Iglesia católica en la defensa de sus derechos y privilegios, y b) representan los intereses de los grupos dominantes más tradicionalistas.

El conservadurismo en México surge por distintas coyunturas a lo largo del siglo XX. Históricamente, sus orígenes anteceden a la Revolución y desempeñó un papel importante en el debate previo al Congreso Constituyente de 1917. Los conservadores defendían la libertad religiosa, y además todo un sistema de valores, una forma de vida, correspondiente a las sociedades del antiguo régimen, donde los principales referentes eran la familia patriarcal, un modelo social orgánico jerarquizado y las formas tradicionales de tenencia de la tierra (Uribe, 2008).

De tal manera, la característica primordial de la derecha mexicana se centra en el elemento conservador por la identificación con los ideales de la religión católica. Como toda doctrina religiosa, siempre ha estado en contra de los cambios que pudieran generarse en la sociedad, lo cual propiciaría cierta inestabilidad en el sistema de creencias e ideas, y con ello el resultado sería la pérdida de seguidores. Además, la derecha mexicana está muy de la mano con la clase empresarial (los ricos), la cual desde hace ya décadas ha comenzado a intervenir políticamente por medio de los partidos políticos o ejerciendo cierta presión sobre el Estado con el propósito de modificar ciertas leyes o normas, que se traducirían en beneficios directos para esta clase; de esta forma se

da la desigualdad sobre la igualdad. Sin embargo, el grupo empresarial tiene rasgos de conservadurismo al buscar continuar con el sistema económico-político-social existente en México. De igual forma la religión católica tiene rasgos de la desigualdad al apelar al beneficio de aquellos que sean partidarios de su credo religioso y estar en contra y excluir a todos aquellos que no compartan su sistema de creencias (Hurtado, 2013).

Definición y conceptualización del término familia

El Diccionario de la Real Academia Española (2001) define la familia como el “grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas” o “conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”. Mientras en temas de investigación, la Organización Mundial de la Salud (2015) define a la familia como el “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”; por otro lado, dice que el grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos, es así que no puede definirse con precisión el término familia en escala mundial.

De acuerdo con el artículo de Allan C. Carlson, “What’s Wrong With the United Nations’ Definition of ‘Family’?” (“¿Cuál es el problema de la definición de ‘familia’ de la ONU?”), Myrdal y Gunnar, peritos suecos en ciencias sociales y muy influyentes en la ONU durante los años cincuenta, comenzaron, desde los años treinta, muchos de los intentos contemporáneos por redefinir la familia; redefinirla como una institución cambiante y evolutiva, para que así esta estuviera en “armonía” con la realidad urbana e industrial del siglo XX. Según ellos, esta redefinición pondría fin a la identidad de la familia como unidad social autónoma enraizada en la religión y en la tradición, dándole un nuevo rol como parte de la “gran familia nacional” industrializada (Cañada, 2011).

La UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) en 2009 dijo que la familia ha sido considerada universalmente como una unidad básica de la sociedad. Aún a pesar de los diversos cambios que ha venido sufriendo la sociedad que ha alterado sus roles y funciones; la familia continúa formando la estructura natural como fuente esencial emocional y material para el crecimiento y bienestar de sus miembros. Además, dice que los lazos familiares principales son de dos tipos: a) matrimonio, como vínculo de afinidad derivado del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente. En algunas sociedades solo se permite la unión entre dos personas, mientras que en otras sociedades es posible la poligamia. b) vínculo de consanguinidad, como la afiliación entre padres e hijos, o bien, lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre.

Tipos y modelos de familias

La UNESCO (2009), menciona que se puede diferenciar “la familia según el grado de parentesco entre sus miembros”, por lo que habla de cuatro tipos: 1) familia nuclear; compuesta por padres e hijos; 2) familia extensa, además de la familia nuclear, incluye “abuelos, tíos, primos y otros parientes (sean) consanguíneos o afines; 3) familia monoparental, en la que el hijo o hijos viven con uno de los padres (ya sea la madre o el padre) y 4) otros tipos de familia conformados únicamente por

hermanos o amigos, donde el concepto de familia no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad sino más bien con sentimientos” de solidaridad y de convivencia.

En el mismo sentido, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) menciona que los hogares familiares pueden a su vez dividirse en clases y se forman a partir del tipo de parentesco que se tenga con el jefe del hogar, como los hogares nucleares, los cuales están conformados por el núcleo familiar de primera generación, es decir, padre y/o madre con hijos o parejas sin hijos; el hogar ampliado, compuesto de un núcleo familiar con algún otro pariente, y los hogares compuestos, que son los hogares nucleares o ampliados que incluyen además a alguna persona sin parentesco (INEGI 20017).

Por otro lado, en una publicación del periódico *Sin embargo* (2014) se habla siete modelos de familia en crecimiento que prevalecerán:

1. **Familia de parejas jóvenes sin hijos.** Ahora las parejas deciden disfrutar más su relación y no se complican pensando en la paternidad.
2. **Familia de padres de 60 años.** O de mayor edad cuyos hijos han cambiado de hogar, que también se llama “nido vacío”.
3. **Familia reconstituida.** Esta prevalece debido a las tasas crecientes de divorcio; está conformada por padres divorciados o separados, con hijos de uniones anteriores. Se calcula que en México ocurren 16 divorcios por cada 100 matrimonios.
4. **Familia de padres del mismo sexo.** Hogares formados por una pareja del mismo sexo.
5. **Familia unipersonal.** Hogar en el que habita una sola persona. Uno de cada diez hogares en México está conformado por un individuo y de acuerdo con un pronóstico conservador, el número de personas que viven solas aumentará considerablemente en las próximas tres décadas. Se espera que para el año 2050 uno de cada tres hogares esté compuesto por una sola persona y en la actualidad no hay políticas sociales que consideren este fenómeno a futuro.
6. **Familia uniparental.** *La encabeza una madre o un padre*, es considerada como el segundo tipo de familia en el país.
7. **Familia extensa.** Este modelo tiende a decrecer pues su estructura de parentesco consta de varias generaciones que cohabitan en un mismo hogar; en la década de los ochenta, correspondía a 20% de las familias y que hoy se ubica un 12 por ciento.

El INEGI señala que, del total de hogares familiares, 7 de cada 10 son nucleares y 28.1% es extenso. En los hogares extensos, 62.7% convive la nuera, el yerno o los nietos del jefe del hogar. Además, hace referencia a que tradicionalmente se ha utilizado el concepto de hogar como aproximación de familia, ya que por cuestiones operativas de la obtención de información estadística básica se usa el hogar como unidad de recolección y análisis de datos. Sin embargo, hogar no es sinónimo de familia. Es posible aproximarse a la situación que acontece en el ámbito de la vida cotidiana de la familia debido a que en los censos y las encuestas se registra el vínculo que tiene cada uno de los miembros del hogar con el jefe, ya sea consanguíneo, conyugal, de afinidad, adopción o costumbre. El INEGI destacó que la proporción de hogares no familiares es de 9.3% y la conforman los hogares unipersonales o grupos de personas que no tienen parentesco con el jefe del hogar (*Excélsior*, 2017).

Lara (2015) habla de seis tipos de familias:

1. **Familia nuclear:** es la típica familia conservadora formada por padre, madre e hijos.
2. **Familia extendida:** formada por padres e hijos, además puede incluir abuelos, tíos, primos y otros consanguíneos o afines.
3. **Familia monoparental:** formada por uno de los padres (la más de las veces, por la madre) y sus hijos. Puede tener varios orígenes, ya sea por padres separados o divorciados cuyos hijos viven con uno de los padres; por un embarazo precoz que constituye la familia de madre soltera y por último el fallecimiento de uno de los cónyuges.
4. **Familia homoparental:** formada por una pareja homosexual, ya sea de hombre o mujeres con hijos biológicos o adoptados.
5. **Familia ensamblada:** formada por dos o más familias (madre sola con hijos se junta con padre viudo o divorciado con hijos) o familias conformadas solamente por hermanos, o por amigos, donde el significado de la palabra “familia” no tiene que ver con parentesco de consanguinidad, sino más bien con sentimientos, convivencia y solidaridad de quienes viven juntos en el mismo espacio.
6. **Familia de hecho:** es la típica familia que tiene lugar cuando la pareja convive sin ningún enlace legal.

López (2016) hace referencia a once tipos de familias existentes en México, esto de acuerdo con la clasificación desarrollada por el Instituto de Investigaciones Sociales. Este Instituto ha organizado los once tipos de familia en tres grupos. **Familias tradicionales:** hay papá, mamá e hijos. De las familias tradicionales se desprenden tres tipos de familia; 1. familia con niños; 2. familia con jóvenes y 3. familia extensa, en las que existe el padre, la madre, los hijos y los abuelos o los nietos. **Familias en transición:** no forman parte las figuras tradicionales como el papá, la mamá, los hijos. Dentro de este tipo de familias se encuentran 1. familias de madres solteras; 2. familias de parejas jóvenes que han decidido no tener hijos o postergan por un tiempo su nacimiento; 3. familias formadas por una pareja adulta (conocidas como “nido vacío”), donde los hijos ya se fueron del hogar; 4. familias unipersonales, donde hay una persona en el hogar, y 5. familias corresidentes, conformadas por hogares cuyos miembros son amigos o parientes sin agruparse en torno a una pareja. **Familias emergentes:** estas han crecido con el nuevo milenio; 1. familias de padres solteros; 2. familias de pareja del mismo sexo; y 3. familias reconstituidas, estas se forman cuando uno o los dos cónyuges han tenido relaciones previas.

En la clasificación desarrollada por el Instituto de Investigaciones Sociales, sobre la existencia en nuestro país de los once tipos de familias, con características y dinámicas diferenciales, se puede vislumbrar la forma de comportarse y manera de vivir particularmente. De acuerdo con este Instituto se mencionan los porcentajes correspondientes a los once tipos de familia (López, 2016).

Familia tradicional

Familia con hijos pequeños.
En un porcentaje de 25.8.



Familia con hijos jóvenes.
Con un porcentaje de 14.6.

Familia extensa.
Con un porcentaje de 9.6.



Familias en transición

Familia madre soltera.
Con un porcentaje de 16.8.



**Familia de pareja que por el momento
han decidido no tener hijos.**
Con un porcentaje de 4.7.

**Familia formada por una pareja
("nido vacío").**
Con un porcentaje 6.2.



Familias en transición



Familia unipersonal.
Con un porcentaje 11.1.

Familias corresidentes.
Con un porcentaje de 4.1.



Familias emergentes

Familias reconstituidas.
Con un porcentaje de 3.8.



Familia de padre soltero.
Con un porcentaje de 2.8.

Familia homoparental.
Con un porcentaje de 0.6.



Según lo ya referenciado sobre los tipos de familia es importante mencionar algunos modelos de familia. Respecto a esto, Nardone et al. (2003) menciona que las familias funcionan más o menos estables en la formas de comunicarse y de relacionarse, a partir del establecimiento de reglas y sus consecuencias que permiten organizar la vida cotidiana; esto independientemente de la estructura familiar (heteroparental, homoparental, uniparental, reconstruida, extendida), padres, madres e hijos enfrentarán elecciones sobre cómo vivir la vida día a día. De esta manera se han identificados seis modelos básicos de familia, surgidos de décadas de trabajo clínico con familias italianas que tienen amplias semejanzas con los modelos de las familias mexicanas.

1. **Modelo sobreprotector:** Los padres, y muchas de las veces los abuelos, ayudan a los hijos en todo lo que necesitan. Tanto los padres como abuelos dan y los hijos reciben. La madre es la responsable de educar y siempre está agotada por el sinfín de tareas a realizar; mientras tanto, el padre se mantiene distante y se limita a ser proveedor material. Las reglas son cambiantes, sobre todo cuando resultan muy frustrantes para los hijos y los padres son incapaces de corregirlos. Por otro lado, las capacidades de los hijos se atrofian porque no tienen responsabilidades ni retos, además de no perder nunca sus privilegios (Nardone, 2003).
2. **Modelo democrático-permisivo:** Lo importante es el consenso, el diálogo y los pactos, ya que son fundamentales para tomar decisiones. Siempre pugnan por evitar conflictos y buscan ante todo la armonía. Tanto los padres como los hijos tienen los mismos derechos. Esta situación conlleva a que en ocasiones los hijos busquen afuera figuras fuertes que no encuentran en sus padres ya que no son figuras de autoridad, puesto que en realidad funcionan como hermanos. Si se rompen las reglas establecidas por todos no hay consecuencias y es difícil tomar decisiones, que solo se lograrán por votación unánime.
3. **Modelo sacrificante:** Está basado en cumplir obligaciones y en rechazar el placer. Quien se sacrifica (madre o padre, por lo regular la madre), aunque débil en apariencia es quien tiene el poder al lograr que los demás se sientan en deuda o culpables por todo lo que hace por los hijos. El sacrificio tiene una ganancia secundaria (se espera ser amado y respetado), así los padres esperan retribución por parte de los hijos, a quienes mantienen por tiempo indefinido. Un problema frecuente en este modelo es que los padres se sienten decepcionados y resentidos porque su entrega no es valorada. Todos deben elegir el sacrificio como modo de vida; hoy los padres, mañana los hijos.
4. **Modelo intermitente:** La forma de relacionarse de los miembros de la familia son cambiantes continuamente, pasando de la sobreprotección a la democracia permisiva y/o al sacrificio. Los padres son rígidos a veces o democráticos y después se arrepienten de su actuar. Por lo que los hijos viven en constante contradicción: primero obedientes y luego opositores; responsables y después irresponsables. En este modelo existe inseguridad, todo está en duda, los padres llevan la autocrítica a límites tales que nunca están seguros de sus decisiones ni de las reglas que establecen. La capacidad para establecer límites y resolver problemas por parte de los padres suele estar muy limitada.
5. **Modelo delegante:** La pareja desde un inicio depende de la ayuda de las familias de origen. Es así que los hijos por lo regular tienen más de dos padres, además se establece una competencia entre padres y abuelos por la autoridad y por el amor del hijo/nieto. Todo el tiempo se dan mensajes contradictorios y suelen prevalecer las reglas de los abuelos, que son quienes pasan más tiempo con los menores; sin embargo, los hijos optan por las reglas

que más les convienen y que menos esfuerzo exigen. Los padres se pierden de momentos importantes del desarrollo de los hijos, y los mensajes cruzados resultan dañinos en los hijos hasta generar ansiedad.

6. **Modelo autoritario:** Uno de los padres (papá o mamá) ejerce el poder sobre los hijos, impone las reglas, la disciplina y los castigos. La jerarquía es rígida (solo el que tiene la autoridad es el que manda e impone), los hijos no pueden opinar y deben obedecer. El ambiente familiar se convierte en un lugar de mucha tensión y el propósito es evitar la ira de los padres. La manera de comunicarse es a través de monólogos sin oportunidad de réplica. En la mayoría de las veces, el padre es la autoridad y la madre la mediadora. Si el hijo obedece, todo funciona; si se rebela, puede estallar la violencia del padre por lo que son necesarias las alianzas de la madre y los hijos en contra del padre. Los hijos en un ambiente autoritario muestran rebeldía y buscan estar mayor tiempo fuera de la casa.

Familias tradicionales *versus* familias contemporáneas

Como ya se dijo, en palabras de Karl Mannheim, el conservadurismo nace del tradicionalismo (Cortes, 2010); es así que, en lo que se refiere a las familias contemporáneas o del siglo XXI y las familias tradicionales, dista entre unas y otras el cambio social y cultural que han venido sufriendo a lo largo de la historia, no tan solo en otros países, sino también en México.

En palabras propias, podemos decir que las familias conservadoras o tradicionales siguen prevaleciendo a través de la historia, aunque en menor porcentaje según inicios y a mediados del siglo XX. Es así, que en la actualidad la conformación de las nuevas familias, es muy diferente de aquella de las familias tradicionales, por ejemplo, las parejas que han decidido no tener hijos o planearlos para después, familias de padres solteros, familias unipersonales y aún más las familias homoparentales. Podemos suponer que entre las familias tradicionales (padre, madre, hijos, otros familiares, abuelos, tíos, etc.) y los demás tipos de familia está dividido en porcentajes; siendo mayor el porcentaje las familias tradicionales; así lo argumenta López (2016), las cuales representan exactamente la mitad de los hogares en México, y las de menor porcentaje son las familias homoparentales con siete por ciento y el resto de las familias entre 42%, aproximadamente, de los hogares mexicanos.

Las familias, con el transcurso del tiempo, han sufrido cambios en su estructura y en su conformación debido a fenómenos sociales y culturales, además por el tipo de matrimonio o de unión según los individuos que la conforman. Las familias y su composición en los sesenta, noventa y en el siglo XXI han sufrido cambios radicales. Es así que el concepto de familia ha sufrido transformaciones importantes durante las últimas décadas, es decir, que el concepto de familia en la década de los sesenta, donde el hombre era quien daba para el sustento al hogar y la mujer solo era ama de casa, ya quedó en el pasado (Gutiérrez, Díaz y Roman, 2015).

La dinámica contemporánea respecto a los nuevos tipos de familia, por un lado, tiene que ver con la preferencia e identidad sexual (familia homoparental), y por otro lado, por elección personal en muchos de los casos y por diversas circunstancias (familias unipersonales, familias de padres solteros, familias sin hijos).

En este sentido, se plantea un caso de una familia homoparental conformada por cuatro miembros. La trayectoria familiar tanto de Libertad como de Ernestina, se da dentro de un contexto familiar tradicional, resquebrajándose este tipo de familia al construir una familia homoparental.

Libertad, nacida en la capital de Zacatecas, con 35 años de edad, creció y se desarrolló en una sociedad conservadora y de religión católica. Menciona que desde que ella tiene uso de razón (desde “niña”) recuerda haberse sentido atraída por las niñas de su edad. Nunca sostuvo una relación heterosexual, siendo su primera relación homosexual a los 17 años. Durante algún tiempo sostuvo relaciones con algunas mujeres; con una de ellas vivió tres meses y con otra durante un año. Ernestina, nacida en una comunidad de la ciudad de Zacatecas, con 27 años de edad. De sus primeras relaciones heterosexuales procreó dos hijos, un varón que a la fecha tiene 10 años y vive con su abuela materna, y una niña de 5 años de edad. Inició relaciones lésbicas cuando tenía aproximadamente 23 años, con Libertad. Hace cuatro años que conformaron una familia homoparental educando y criando a la hija de Ernestina. La pareja decide que es momento de criar y educar a un “hijo propio”, es así que Ernestina se somete a un tratamiento por inseminación artificial con semen de un donante. Producto de este tratamiento nace un niño, el cual a la fecha tiene dos meses de edad. Los problemas que encuentran hoy por hoy son de índole jurídica-legal, por no poder registrar al bebé como hijo de ambas, ya que las legislaciones del estado de Zacatecas no contemplan la unión legal entre dos personas del mismo sexo, mucho menos la filiación con personas de un mismo sexo; existiendo solamente la filiación materna y paterna. En consecuencia, para este nuevo miembro de la familia, su filiación será como hijo natural y educado por una pareja lésbica.

Esta pareja está en proceso de una construcción de identidad sexual en una sociedad conservadora, y además en una ciudad con tradiciones, donde se han tenido que enfrentar no solo a las críticas y el morbo de la sociedad, sino de la propia familia.

Entonces, esta familia homoparental, de acuerdo con los modelos de familia, no se contrapone en la forma de comunicarse y dirigirse, ya que estos aspectos no son exclusivos de ningún tipo de familia y menos aún de la tradicional.

Otro caso a mencionar es la historia de vida de Julio, de 46 años de edad, residente de una comunidad de Zacatecas. Hijo único de sus padres, ya que posteriormente su madre se casa procreando dos hijas. Formó su propia familia cuando tenía entre 24 y 25 años de edad, aproximadamente, procreando tres hijos, actualmente jóvenes adultos. A pesar de saber y darse cuenta de su homosexualidad no ejercida, decide casarse con la única novia que tuvo después de dos años de relación, y a la cual le fue fiel. Él siempre se dijo a sí mismo que formaría su propia familia y además, es lo que esperaba su familia nuclear y extensa. Sin importarle su identidad sexual, sino también reprimiendo su homosexualidad, se dio a la tarea de crear todo un plan perfecto, “cortina de humo”, una “pantalla” donde solo cabía la única posibilidad, la construcción de una familia tradicional, ya que él creció en un contexto familiar nuclear-extenso, del que formaban parte la madre, los abuelos y tíos maternos, y posteriormente la pareja de su madre. Su estilo de vida se desarrolló en este tipo de familia donde solo era “normal” la construcción de una familia con papá, mamá e hijos.

“Habiendo construido un esquema convencional para vivir mi vida familiar, respetando todas las reglas de convivencia aplicables a este tipo de familia, incluida la fidelidad y lealtad para con mi esposa e hijos. A los 16 años de casado enfrente la infidelidad de mi esposa, lo que significó un rompimiento de mi propio esquema de vida, además la pérdida de respeto y de lealtad”.

Aun así, Julio decide conservar su familia, perdonando la infidelidad (durante seis meses) de su esposa, sin embargo, no fue suficiente ya que los problemas de desconfianza no se hicieron esperar, pareciera que esto fue el parteaguas para tomar una decisión, “iniciar una vida doble”, vivir con su familia y además tener relaciones homosexuales. Cuando conoce a su actual pareja

las cosas dan un giro inesperado; el amor que siente por él lo llevó a divorciarse, y a aceptar ante la gente más cercana su orientación sexual.

En estos cuatro años de fractura de la pareja heterosexual empieza a tener contacto con hombres “un poco íntimo”, después sostiene una relación por algunos meses con un hombre; terminada dicha relación inicia otra de pocos meses, finalmente; y desde hace un poco más de un año está en una relación con un joven al cual ama intensamente y sus deseos son formar una familia con él, donde podrían tener hijos siendo cualquiera de ellos o incluso ambos donantes del esperma para procrear idealmente un hijo biológico de cada uno. Cabe mencionar que Julio ya tiene tres hijos (18, 20 y 22 años) y no siente la necesidad de saber qué es ser padre de familia porque ya lo es; sin embargo, le entusiasma la idea de tener hijos con su pareja si este así lo desea.

Recientemente se finiquitó su divorcio, y lo que más anhela es que él y su novio puedan vivir juntos como pareja que son. No existe ningún tipo de duda respecto a su nueva identidad sexual, y a pesar de tener una madre homofóbica y con tradiciones religiosas muy acentuadas, lo apoya, y quizás por estas situaciones, Julio considera que su relación de pareja es de dos, por lo que debe de guardar las formas, por un lado para no lastimar a sus hijos y demás familiares; por otro lado, tiene posición de mando en su desempeño profesional en una organización local, donde sus compañeros de trabajo provienen de familias tradicionales. Aquí se puede observar cómo impactan los conflictos constantes y las tensiones con su exesposa, la ideología religiosa, los valores morales de su familia y su desenvolvimiento en una sociedad conservadora como la del estado de Zacatecas.

Al respecto, Bárcenas (2012) asegura:

Esta trayectoria familiar en la que se hacen visibles las tensiones entre la permanencia de los significados, de las normas construidas y legitimadas por la Iglesia católica, por el Estado y la capacidad de agencia que hace posible la producción del cambio, nos coloca en un escenario fundamental para entender la reconfiguración de las familias, es decir, nos sitúa en los procesos de formación de la identidad sexual y de género, ya que al poner en circulación sentidos y significados diversos sobre la sexualidad y el género, las identidades no heterosexuales se construyen en una tensión constante con los conceptos normativos que contienen las nociones políticas de organizaciones sociales e instituciones, como la Iglesias y el Estado (p. 270).

Para concluir con este ejemplo de caso, reporta Julio: “sería un renacer de mi vida completa, una vez que mi pareja y yo logremos tener un vínculo legal y poder vivir ya sea en Zacatecas u otro lugar del país”.



“Renacimiento de mi vida”

Estos dos casos nos dan la pausa para afianzar lo que dice el Plan Nacional de Desarrollo (2008), que la situación de la familia dentro del hogar actualmente es diferente, ambos aportan para el sustento de un hogar y también en la educación y protección de los hijos; lo básico que debe perdurar en la conformación de una familia, sea tradicional o no.

Por otro lado (Gutiérrez et al., 2015), plantean que en el siglo XXI se requieren políticas públicas familiares en las cuales se exprese claramente la idea de que hoy las personas forman sus familias de acuerdo con sus deseos y opciones individuales, donde se toma en cuenta la participación laboral de las mujeres y los hombres, de manera equitativa. En la actualidad, la familia es la institución básica donde se desarrollan las nuevas generaciones, que en décadas posteriores serán la base de la sociedad y la economía mexicana.

El artículo publicado por el periódico *El Economista* (2017) describe que el expresidente presidente Enrique Peña Nieto, en la celebración del Día de la lucha contra la homofobia, propuso una adhesión al Artículo 4º Constitucional, en el que se eliminan los términos y preceptos discriminatorios que definen al matrimonio como la unión entre un hombre y una mujer. Asimismo, se plantean ciertas modificaciones al Código Civil Federal para que se pueda expedir una nueva acta en pro del reconocimiento de la identidad de género, con igualdad de condiciones en el ámbito de la adopción.

En contraposición, el Frente Nacional por la Familia promueve una serie de manifestaciones a lo largo del país, difundiendo como mensaje principal que “el matrimonio se refiere solamente a la unión entre un hombre y una mujer, de ser lo contrario afectaría a los niños”. Además, defiende la postura de “No a las familias homosexuales” ya que no son naturales, promoviendo así la definición de familia como padre, madre e hijos. Esta idea tenía el apoyo del cardenal Norberto Rivera quien, en repetidas ocasiones, manifestó estar en contra del matrimonio igualitario, describiéndolo como un falso derecho de unión entre personas homosexuales. Es así que la economista, Jacqueline L’Hoiste, presidenta del Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la Ciudad de México (COPRED), calificó como conductas discriminatorias las realizadas por el Frente Nacional por la Familia, ya que los mensajes difundidos faltan gravemente a la verdad. Es falso que las familias homoparentales y lesboparentales pongan en riesgo a la familia heterosexual (familia tradicional). En la Ciudad de México, aproximadamente existen más de 7,600 matrimonios y 9 adopciones, de las cuales hasta la fecha no se han recibido denuncia de abuso sexual a niñas y niños adoptados. Cabe recordar que México es un país laico que se rige por una Constitución en la que cada ciudadano tiene garantizado el cumplimiento de sus derechos, independientemente de sus preferencias sexuales, religión, color, raza u otras situaciones. En este sentido las personas que forman parte de la comunidad LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transexuales) son ciudadanos con derechos, como cualquier otro individuo (*El Economista*, 2017).

Por lo anterior, la COPRED, en la Ciudad de México el día 13 de septiembre de 2016 lanzó un llamado a la Iglesia católica para advertir que la homosexualidad no se cura, porque no es una enfermedad (*Informador*, 2017). En este sentido, podemos decir que la homosexualidad actualmente es un fenómeno que ha aumentado.

Para concluir, de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo (2007-2013), México no se puede entender sin el papel central que ha jugado la familia como institución básica en la formación y realización de los individuos. Sin embargo, a lo largo del proceso de modernización de la nación las familias mexicanas se han adaptado a condiciones sociales cambiantes, soportando en gran medida el peso de la transformación; muchas se han separado o han tenido que abrigar en su seno nuevos miembros para sobrevivir.

Estilos de crianza en el siglo XXI

Aunados a los diferentes modelos de familia ya planteados surge la premisa de abordar los estilos de crianza como una parte fundamental del desarrollo sociocultural y emocional del ser humano que es el centro de estudio de nuestra labor profesional, la relación con los modelos de familia es innegable, dado que, los estilos de crianza tienen su fundamento en la etapa de la socialización primaria, misma que se gesta en la familia como el primer agente socializador por excelencia, y es justo aquí, en este espacio, en la familia, en donde los ahora padres aprendieron a serlo, y por lo tanto transmitirán estos estilos a sus propios hijos.

Giorgio Nardone (2003, pp. 25-27) nos pone en perspectiva en cuanto a los diversos estilos de crianza que tenemos actualmente; hace una referencia a que la bibliografía pedagógica de los últimos decenios ha presentado a los padres una serie de conceptos, mitos, afirmaciones seudocientíficas, posiciones ideológicas no verificadas que han sido divulgadas por los medios de comunicación y legitimadas por aplicaciones erróneas de las teorías y los descubrimientos científicos. Esto, nos dice Nardone, ha desorientado a los padres que, en vez de proporcionar una guía a los hijos a través de la complejidad de la vida, han sido empujados a crear en torno a ellos una zona segura que les protege de la realidad externa, vivida como no controlable y peligrosa.

Una de estas teorías catastróficas es que para salvaguardar las dotes innatas y cultivar la creatividad, primero del niño y después del adolescente, tanto en casa como en el colegio, es necesario un método permisivo, sin reglas, incentivos, recompensas o castigos que podrían dañarle porque generan estrés, frustraciones y traumas. Esto reprimiría su vitalidad, o peor, crearía problemas psicológicos al no considerar, como en cambio afirma Piaget, que tanto el niño como el adolescente aprenden a conocer el mundo y sus propias capacidades a través de las propias acciones y de sus efectos. En otras palabras, solo a través de la experiencia de obstáculos superados puede el joven estructurar la confianza en sus propios recursos y el propio equilibrio psicológico.

Está claro, sostiene Nardone, que estas teorías llevan a los padres a desarrollar comportamientos educativos ansiógenos que se basan fundamentalmente en cubrir al hijo de atenciones afectivas. Así, para evitar un riesgo se crea el opuesto, por miedo a privarle de algo se le hiperprotege. En las disciplinas que se ocupan de la salud mental se observa, en este mismo sentido, un exceso de consideración del fenómeno de familias que maltratan y familias que causan privaciones. Se afirma que detrás de un adolescente problemático hay una familia que maltrata. A nosotros nos parece que esto es el efecto de teorías ya obsoletas que tenían validez en los años anteriores a la guerra y en la posguerra, cuando la familia tenía una estructura que se basaba en una rígida jerarquía y en una educación represiva.

Hoy estas realidades familiares están claramente en disminución, pero las teorías no han sido puestas al día, ignorando lo que sucede en el mundo y cómo ha cambiado la familia. Hoy, de hecho, la situación parece haberse invertido completamente: el verdadero problema ya no es la privación afectiva sino la hiperprotección.

Con este preámbulo vamos directamente al tema que nos ocupa, los estilos de crianza, haciendo alusión con esto a aquellos modelos de interacción que se dan entre padres e hijos. Recreando un poco la historia, podemos recordar que en tiempos pasados la disciplina se concebía como una manera de castigar la conducta indeseable y de prevenir o eliminar dicha conducta en el futuro. En

la actualidad la disciplina se considera de una manera más positiva como un modo de proporcionar una estructura y una orientación a los niños con la finalidad de promover un desarrollo saludable (Butcher, 2007, pp. 85-86).

Muchos investigadores han hecho hincapié en cómo los estilos de crianza influyen de diferente manera sobre los niños. Estos estilos varían según el grado de afecto paternal (la cantidad de apoyo, ánimo y ternura, frente a la vergüenza, rechazo y hostilidad) y en el grado de control (Emery y Kitzman, 1995, en Butcher 2007). Así pues, se han identificado cuatro estilos de crianza o estilos paternos, mismos que se describen a continuación:

Paternidad democrática. El estilo democrático es aquel en que los padres son, por una parte cariñosos, pero al mismo tiempo establecen cuidadosamente límites y restricciones muy claros respecto a determinados tipos de conducta, mientras que permiten un grado considerable de libertad dentro de estos límites. Este estilo está asociado con un desarrollo social temprano más positivo; los niños tienden a mostrarse enérgicos y amistosos, y a mostrar el desarrollo de competencias generales para relacionarse con los demás y con su entorno (Baumrind, 1993, en Butcher, 2007, pp. 85).

Paternidad autoritaria. Los padres con estilo autoritario muestran un elevado control, pero un bajo nivel de afecto, de manera que sus hijos tienden a ser conflictivos, irritables y malhumorados. Los castigos impuestos también son físicos, por lo que proporcionan un modelo de conducta agresiva que los niños emulan e incorporan en sus propios autoesquemas (Millon y Davis, 1993, en Butcher, 2007).

Paternidad permisiva-indulgente. Los padres de este estilo muestran elevados niveles de afecto pero son parcos para ejercer la disciplina y el control. Este estilo está asociado con una conducta impulsiva y agresiva en los niños. Los niños de padres indulgentes suelen ser malcriados, egoístas, impacientes, desconsiderados y exigentes. En un estudio clásico, Sears (1961) encontró que una gran permisividad y muy poca disciplina estaban correlacionadas positivamente con conductas agresivas y antisociales. Los hijos de padres indulgentes tienen grandes habilidades de relación interpersonal, pero explotan a los demás para lograr sus propósitos de la misma manera que han aprendido a explotar a sus padres (Millon y Davis, 1993, en Butcher, 2007).

Paternidad negligente y desentendida. Este estilo está asociado con problemas de apego durante la niñez (Egeland y Sroufe, 1981, en Butcher, 2007), y con el mal humor, la baja autoestima y los problemas de conducta durante la niñez, estos niños también suelen tener problemas para relacionarse con sus compañeros, además de mostrar un bajo rendimiento escolar (Hetherington y Parke, 1993, en Butcher, 2007).

Sumemos a estos hallazgos las aportaciones de Bowlby, quien menciona que cada niño tiene su propia serie individual de caminos potenciales para el desarrollo de la personalidad, en donde el entorno de desarrollo del niño resulta fundamental; sobre todo por el modo en que los padres (o padres sustitutos) lo tratan y por el modo en que él responde. La sensibilidad o no sensibilidad de los padres se refleja en el desarrollo óptimo del niño. Aun así, dado que el curso del desarrollo posterior no es fijo, los cambios en el modo en que es tratado el niño pueden desviar su camino en una dirección más favorable o menos favorable. Aunque la capacidad de cambio del desarrollo disminuye con los años, el cambio continúa a lo largo de todo el ciclo vital, de manera que los cambios favorables o desfavorables siempre son posibles. Esta posibilidad continua de cambio significa que una persona nunca es invulnerable a cualquier posible adversidad, y también que nunca es impermeable a las influencias favorables (Bowlby, 2009, p. 158).

Conclusiones

A manera de conclusión retomamos algunos puntos importantes manifestados en este capítulo, tal es el caso del conservadurismo, entendiéndolo como la ideología política que se distingue por defender la fe ante la razón, la tradición ante la experiencia, la jerarquía ante la igualdad, los valores colectivos sobre el individualismo y la ley natural ante la ley civil. Además, busca el equilibrio y se opone al cambio, la novedad a las situaciones extremistas. Los conservadores defendían la libertad religiosa, y además todo un sistema de valores, una forma de vida, correspondiente a las sociedades del antiguo régimen, donde los principales referentes eran la familia patriarcal, un modelo social orgánico jerarquizado y las formas tradicionales de tenencia de la tierra (Uribe, 2008).

Actualmente, consideramos que el conservadurismo sigue prevaleciendo dentro de la sociedad mexicana; esto ha promovido que haya desacuerdos importantes a nivel social en relación con los diferentes tipos de familia, así como también discrepancias notables con referencia a los estilos de crianza, lo cual fomenta el rechazo, el cuestionamiento, el no reconocimiento y, por ende, la no aceptación de los nuevos tipos de familia que han surgido, esto desde la parte social pasando por los valores y sin dejar de lado a la religión. Por ejemplo las familia en transición: unipersonal, la pareja que no tiene hijos, la coresidente, son cuestionadas; lo propio sucede con las familias emergentes que son aún más cuestionadas y, por supuesto, no aceptadas por la sociedad conservadora, en donde la religión desempeña un papel predominante; tal es el caso, solo por mencionar un ejemplo, de las familias homoparentales, pero la familia donde está solamente el padre soltero no se queda de lado en esta situación de claro rechazo, sin embargo, en este último caso es menos cuestionada y señalada que la homoparental.

Con este preámbulo revisamos los estilos de crianza haciendo alusión a aquellos modelos de interacción que se dan entre padres e hijos, recreando un poco la historia, podemos recordar que en tiempos pasados la disciplina se concebía como una manera de castigar la conducta indeseable y de prevenir o eliminar dicha conducta en el futuro. En la actualidad la disciplina se considera de una manera más positiva, como un modo de proporcionar una estructura y una orientación a los niños, con la finalidad de promover un desarrollo saludable (Butcher, 2007); esta parte no ha sido tomada de manera muy abierta por los conservadores que dominaron, y siguen dominando, algunos ámbitos importantes de la escena política por largos periodos y quienes han manifestado su apoyo a la Iglesia católica en la defensa de los derechos y privilegios de ellos mismos, sin olvidar que representan los intereses de los grupos dominantes más tradicionalistas y entonces, basados en estos antecedentes podemos entender que los múltiples estilos de crianza son también estigmatizados, puesto que violentan la parte tradicionalista que aún se conserva dentro de la sociedad mexicana.

Es evidente que un estilo de crianza permisivo-indulgente va a contraponerse con la imposición de la disciplina como una manera de castigo; no así, el estilo de crianza autoritario, este, por el contrario, sería aprobado y hasta alentado por el conservadurismo y sus defensores.

Entonces tomando el planteamiento de Ullman, Maldonado y Nieves (2014) hemos de considerar que lejos de ser un cambio repentino, esta diversificación de las estructuras de los hogares es una tendencia de largo aliento que sigue su curso. Indica en especial una diversificación de los arreglos familiares, a raíz de cambios en las pautas de convivencia y en las preferencias respecto

de la vida conyugal. Tal diversificación también ocurre en el contexto de un creciente empoderamiento y autonomía económica y social de las mujeres, frente al predominio previo de trayectorias de vida, marcadas por la estabilidad conyugal, la dependencia económica, la subordinación a la autoridad masculina y la responsabilidad exclusiva con respecto a las tareas domésticas y las labores reproductivas y de cuidado.

La sociedad, aunque ha cambiado en muchos aspectos, aún resguarda y aplica características importantes del conservadurismo histórico que, durante décadas, ha sido ponderado. El quehacer de los profesionales de la psicología en este ámbito deberá ser el de promover e impulsar a través de intervenciones psicológicas dirigidas a alcanzar la meta de que los cambios en los tipos de familia, y los estilos de crianza sean mejor vistos, y lleguen a ser aceptados y respetados como una parte fundamental del buen desarrollo social e individual de cada ser humano.

Referencias

- Bárceñas Barajas, K. B. (2012). Las familias mexicanas: de la institución al movimiento. Trayectorias, significados e imaginarios en la configuración de la diversidad familiar. *Revista Sociedad y cultura* (15)2: 263-274. Universidad Federal de Goiás Goiania, Brasil. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70325252003>.
- Bowlby, J. (2009). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego* (1a. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Butcher, J. et al. (2007). *Psicología clínica* (12a. ed.). Ed. Madrid, España: Pearson Educacion.
- Castañeda, A. J. (2011). *Cómo la ONU redefine la familia. Vida humana internacional. Misioneros a favor de la vida en el mundo hispano*. Recuperado de vidahumana.org ›...› Naciones Unidas › La ONU y ciertos temas especiales.
- Conservadurismo. (2008, 18 de abril). *ABC Color*. Recuperado de www.abc.com.py/articulos/el-conservadurismo-1059200. Html.
- COPRED (2017, 29 de agosto). Alerta a la Iglesia católica sobre charlatanes. *Informador Mx*. Recuperado de www.informador.com.mx/.../la-copred-alerta-a-iglesia-catolica-sobre-charlatanes.htm
- Cortés Morales, A. (2010). Nuestro pensamiento conservador. *Revista de Actualidad Política, Social y Cultural*. Recuperado de www.redseca.cl/nuestro-pensamiento-coservador.
- En México no hay solo un tipo de familia. (2017, 29 de agosto). *El Economista*. Recuperado de eleconomista.com.mx/.../2016/09/14/mexico-no-hay-solo-tipo-familia-muestra-ine
- Fernandois, Huerta, J. (1996). Movimientos conervadores en el siglo XX ¿Qué hay que conservar? Ensayo. *Estudios publicos* 62. Instituto de estudios internacionales de la Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de <https://www.cepchile.cl/site/artic/20160303/asocfile/...rev62.fernandois.pdf>
- Gutiérrez, C. R., Díaz, O. K. y Román, R. R. (2016). El concepto de familia en México. Una revisión desde la mirada antropológica y demografía. *Revista Ciencias Ergo-Sum*, 23(3). Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10448076002>.
- Hurtado Razo, L.A. (2013). La Derecha en el México moderno: propuesta de caracterización. *Estudios Políticos* (México), 29. Sistema político mexicano. México. Recuperado de www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185.
- INEGI (2017, 29 de agosto). Revela la estructura de las familias mexicanas. *Excélsior*. Recuperado de eleconomista.com.mx/.../2016/09/14/mexico-no-hay-solo-tipo-familia-muestra-inegi.
- INEGI, *Estadística a propósito el día de la familia*. (2017). Recuperado de www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/familia2017_Nal.pdf
- Lara, V. (2015). *¿Cuáles son los tipos de familia que existen?*. Recuperado de <https://hipertextual.com/2015/12/tipos-de-familia>
- López Romo, H. (2016). Los once tipos de familia. En E. González y V. Aguirre (Eds). *Todos somos familia*. (pp. 26-31). Grupo Mexicano de Medios: México.
- Nardone, G. et al. (2003). *Modelos de familia. Conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. (1a. ed.). Ed. Herder: Barcelona, España.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Definición de las familias según OMS*. Temas de investigación. Recuperado de www.buenastareas.com › Página Principal › Acontecimientos Sociales.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2013*. (2007). Poder Ejecutivo Federal. Recuperado de pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf

- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Real lengua española* (22a. ed.). Recuperado de [dle.rae.es/srv/fetch?id=HZnZiow](http://rae.es/srv/fetch?id=HZnZiow).
- Siete tipos de familias en México que prevalecerán. (2014, 24 de mayo). *Sin Embargo*. Recuperado de www.sinembargo.mx/24-05-2014/985852.
- Soberantes Fernández, J.L. (2012). El pensamiento conservador en el nacimiento de la nación mexicana. *Revista Mexicana de Historia*: 69-101. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ullman, H., Maldonado, V. y Nieves, R. (2014). *La evolución de las estructuras familiares en América Latina*. CEPAL-UNICEF: Santiago de Chile.
- Uribe, M. (2008). La ultraderecha em México: el conservadurismo moderno. *Revista el Cotidiano* 23(149): 39-57. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Azcapotzalco. D.F. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32514905>.
- UNESCO. (2009). *La familia*. Recuperado de aura-ctsv.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-unesco.html
- UNESCO. (2009). *Definición de familia*. Recuperado de evolucionhistoricadelasocieda.blogspot.com/.../definición-de-familia-dicha-por-la.ht





11

CAPÍTULO

Parentalidad positiva y estilos de crianza

Claudia González Fragoso
David Jiménez Rodríguez
María del Carmen Manzo Chávez

Introducción

La intención de elaborar un capítulo donde se presenten las características de la parentalidad y los estilos de crianza, está orientada a describir cómo la ciencia psicológica es capaz de abordar un fenómeno trascendental del ser humano, como la relación entre los padres y sus hijos. Esta relación marca a todos los seres humanos, entre otros aspectos, porque es dentro de la familia con los seres cercanos, que cada individuo va formando su personalidad y rasgos que en muchos sentidos quedan marcados como una forma de interactuar con el mundo.

Sin embargo, también existen sinsabores en el trayecto de la infancia y otras etapas del desarrollo, lo que permite plantear al individuo si es posible cambiar ciertos aspectos de su comportamiento. En ocasiones como padres o como hijos, se pueden plantear preguntas como: ¿por qué me relaciono de tal forma? o ¿por qué repito patrones de disciplina de una manera determinada?

Lo cierto es que, desde un sentido profesional, es posible dar un acompañamiento psicológico que permita a los individuos responder esas incógnitas, y finalmente que puedan tomar decisiones que trasciendan consistentemente en sus vidas.

Como un intento de explorar estos dos temas íntimamente ligados, la parentalidad y los estilos de crianza, se dan a conocer las características de cada constructo y brevemente plantear la forma en la que se aborda desde una perspectiva psicoanalítica y cognitiva respectivamente, con el propósito de tener un panorama amplio con perspectivas teóricas diferentes.

Definición de parentalidad

Todo ser humano tiene la capacidad para ser parental, pero existen relativamente varios padres y madres que poseen un buen funcionamiento parental que logra la satisfacción de las necesidades del hijo, debemos tener en cuenta que cada individuo tiene una forma de ejercer el rol parental. Tamez (como se citó en Solís-Pontón, 2004) define a la parentalidad como “la capacidad psicológica de ejercer la función parental, es decir la competencia de ser lo suficientemente buenos padres para nuestros hijos” (p. 151).

El adecuado ejercicio de la función parental es trascendental, ya que puede definir la estructura psíquica de todo ser; es una transmisión intergeneracional que en un momento dado pareciera no tener fin, ya que a su vez es una función que va cambiando a través del tiempo. La parentalidad tiene como base la historia de cada individuo y sus formas de relación con los demás, junto con el contexto social y cultural en el que está inmerso; es así que la parentalidad “es una especie de estructura que se construye y evoluciona con el desarrollo del individuo y la evolución del grupo familiar” (Solís-Pontón, 2004, p. 11).

Haciendo referencia a lo anterior, en la parentalidad intervienen diversos procesos intrapsíquicos, que van de generación en generación, a partir de lo que se queda plasmado en el inconsciente como una huella mnémica. Su funcionamiento depende de aspectos multifactoriales, como el contexto social y cultural. La parentalidad es una estructura psíquica que evoluciona y cambia a partir de las necesidades del ser humano; sin embargo, la esencia transgeneracional se sigue transmitiendo.

Parte de las funciones de la parentalidad es la crianza de los hijos, que parte desde antes de que estos nazcan con el deseo de los padres y con las fantasías que formarán e instaurarán al nuevo sujeto a nivel intrapsíquico. Ahora bien, podemos adentrarnos a describir cómo es que se construye la parentalidad.

Construcción de la parentalidad

Hablar de la construcción de la parentalidad alude a una construcción social, ya que es un término en donde un conjunto de personas participan, edifican y reconstruyen, con el paso del tiempo, este constructo, y por ende cada persona tiene su propia concepción de la parentalidad, aunque se puede observar que inconscientemente hay un patrón en común con los demás sujetos, que se relaciona con el grupo social al que pertenecen.

Para construir la parentalidad es necesario considerar el linaje del individuo, sus lazos de parentesco y los principales procesos psicológicos que se involucran en este proceso. Existe una preparación previa donde se va interiorizando el concepto de parentalidad, esa preparación se da al momento de vivirse como hijo y al aprender de los padres sus medios y formas necesarios para ejercer su función paterna.

Desde la perspectiva teórica psicoanalítica, la construcción parental depende de la construcción psíquica del individuo, haciendo referencia a procesos primarios inconscientes en los cuales su base principal es el narcisismo primario con el que se invierte a cada individuo, de esta manera se aporta mediante la proyección de los cuidados de los propios padres a sus hijos, así bien “para ubicarse como figura parental es necesario retomar aspectos en donde el ser padre no solo es tener un hijo biológicamente, sino también poder imaginarse su descendencia” (Lebovici, como se citó en Solís-Pontón, 2004); así pues, cuando el bebé es el objeto del deseo de los padres, todo marcha bien para él, pero los padres necesitan también ser parentalizados por su hijo, entonces la parentalidad es producto del parentesco y del fruto de la parentalización de los padres.

En la construcción psíquica de la parentalidad se ven implicados varios procesos internos, que son los que se explican a continuación.

Narcisismo primario

El narcisismo primario posiciona a la parentalidad en cómo “el deseo de ser hijo precede al deseo erótico”. Freud (como se citó en Shaeffer, 2004). Al respecto, Lebovici (como se citó en Solís-Pontón, 2004) dice que “para ser padres hay que hacer sentir al hijo que es un hijo deseado por ellos” (p. 20). Es así que el niño se convierte en el “rey” cuando ve la mirada de la madre dirigida hacia él y cuando él la ve ella se convierte en madre; así es como esa interacción parece desarrollarse, de manera efectiva, el sentimiento de que el niño pudiera ser el beneficiario de su vida sexual.

La malla del narcisismo primario solo puede construirse si en ocasiones falla la catexis narcisista del niño; es a partir de esos momentos de puntuación que se organiza el fantasma de la escena primitiva y la tercerización, preludio de la triangulación edípica. Asimismo, para que una persona tenga una investidura narcisista llena de pulsiones libidinales debe haber un deseo por parte de las primeras figuras objetales, lo cual le dará vida a su existencia y lo posicionará en un determinado lugar que guiará su trascendencia.

Si se logra esto en la madre, como lo dice Cramer (como se citó en Solís-Pontón, 2004) se presentará en ella un proceso de identificación, en donde la imagen idealizada de sí misma, por su época de ser el objeto de amor total y condicional de sus propios padres, da como resultado la experiencia del deseo de amar y cuidar a su bebé como ella misma lo hubiera deseado, en donde se encuentra la existencia de cierto grado de nostalgia por un paraíso perdido y el deseo

de reencontrar este estado de gracia, como el origen del deseo de tener a su hijo y por consiguiente este hijo alimentará el narcisismo de la madre y a su vez esta construye en el bebé el narcisismo primario.

La especulación narcizante del adulto que vive orgulloso a su hijo, dará paso a que su hijo acceda a la autoestima; el contacto erogenizante con el cuerpo materno genera el deseo de recrearlo a solas en el autoerotismo, y creará condiciones de equilibrio psicobiológico en el bebé y la progresiva autorregulación del propio cuerpo como autoconsuelo en las ansiedades (Bleichmar, 2005). Siguiendo a Lebovici (como se citó en Solís-Pontón, 2004), “el narcisismo primario transmitido por la madre permitirá que el yo del niño se desarrolle y se adhiera a la vida” (p. 15). El narcisismo radica en la identificación con el deseo de la madre, lo cual brinda una seguridad al sujeto y moviliza las pulsiones de vida y conservación.

Inscripción de la parentalidad en el sujeto

La parentalidad se inscribe a partir de la construcción del aparato psíquico que “se constituye desde la segunda tóptica, conocida como estructural” (Freud, 1923, como se citó en Solís-Pontón, 2004), insaturándola en el yo, a partir del siguiente proceso:

El ello se rige por el principio de placer, desconociendo a su vez la temporalidad y el espacio exterior; asimismo la sexualidad infantil inconsciente está apuntalada por las necesidades corporales del niño, encontrando un origen de las fantasías de crimen y de incesto.

Del mismo modo, el superyó es la instancia de la autoridad parental, ya que el recuerdo de los cuidados parentales, las reglas y las prohibiciones les sirven de marco estructural en la tarea de ser padres; esto significa que no son los padres reales los que ocupan el lugar de representación parental, más bien es el superyó parental el que se transmite de generación en generación.

Como menciona Lebovici (como se citó en Solís-Pontón, 2004), existe un génesis de un superyó precoz en donde el bebé contribuye a este proceso y utiliza sus primeras representaciones de cuidados parentales para dar un sentido a sus relaciones, impregnadas por el hijo imaginario de los padres a través de su deseo de parentalidad, encontrando los padres, de este modo, una salida a sus conflictos infantiles, donde ellos hacen una verdadera transferencia de los abuelos a sus hijos, y que proyectan sobre ellos sus imagos parentales. Siendo así que el superyó aparece como una instancia psíquica que se constituye a través de las tareas interactivas de ambos padres.

El yo sirve para organizar las exigencias del ello en relación con la realidad exterior y con la censura del *superyó*, manejando así un conflicto interno y externo, ya que controla la motilidad y ejerce la función de análisis y síntesis de las situaciones. El yo parental se construye a partir de estas cuatro fuentes (Solís-Pontón, 2004):

1. El ideal del yo a partir del narcisismo primario.
2. Las relaciones preedípicas.
3. El *superyó*.
4. El *après-coup*: el cual designa la temporalidad psíquica obedeciendo a una reinterpretación *a posteriori*.

El yo parental supone una forma de prueba de realidad de las prohibiciones y de las preinscripciones que constituyen la herencia psíquica; esta herencia le incluye al individuo con sus padres y su descendencia e instaura la alteridad de la vida familiar de pareja y del grupo social. El yo parental

no sería una adhesión inmediata al *superyó* parental ni una reacción marcada por el rechazo de ese *superyó*, supone la existencia de un filtro ejercido por el *yo* a través de sus funciones de análisis, de síntesis y de prueba de realidad.

La noción del hijo

El hijo entra en el psiquismo del padre desde que es deseado, incluso desde edades muy tempranas. A medida que existe la posibilidad de concebir un hijo se va acrecentando este deseo y se va gestando una representación o imagen del bebé en donde se incorporan tanto las depositaciones de la madre como las del padre. Al respecto, Levovici (como se citó en Solís-Pontón, 2004) dice que la madre distingue cinco tipos de representaciones en su hijo, antes y después de nacer:

1. El bebé imaginario: es aquel bebé de las fantasías conscientes y preconscientes de la madre; es el producto de su deseo de hijo.
2. El bebé fantasmático: es que emerge de las fantasías inconscientes de la madre, heredero de su complejo de Edipo.
3. El bebé narcisístico: el del narcisismo de la madre.
4. El bebé cultural: aquel que está en relación con la cultura de la madre y que con frecuencia se asocia con un bebé mítico.
5. El bebé real: el bebé en su corporeidad real.

Todas estas representaciones se encuentran ligadas como un conjunto de interacción narcisista de la madre, proyectadas en el hijo real, las cuales influyen en el desarrollo psíquico de la personalidad. Ahora se abordarán aquellos componentes de la parentalidad.

También tenemos lo que expuso Bowlby (1969, 1973, 1980), la vinculación afectiva es aquella relación emocional que alguien establece con una persona cercana; esta relación comienza de manera interactiva, a partir del nacimiento, y se experimenta como algo sumamente agradable y desarrolla lazos afectivos con rapidez, suelen ser duraderos y sólidos; este autor reconoce que el apego es un constructo, en el sentido de que es un concepto ligado a otros donde se intenta explicar y caracterizar este concepto central. Entre tales conceptos relacionados se encuentran: la proximidad emocional, la relación emocional, la seguridad, el cuidado, la sobrevivencia, la proximidad física y el apego en el sentido de adhesión simbiótica y preferencia o inclinación por una persona en particular.

Como se mencionó, el apego, además de darse de forma directa con los cuidadores principales (por lo regular padre y madre), también brinda la oportunidad de que el individuo en desarrollo se relacione a lo largo de su vida con sus pares como los hermanos o amigos, a lo largo de su vida con sus parejas, y en la adultez con los hijos y otros personajes importantes del desarrollo personal (Vargas, Ibáñez y Jiménez, 2004).

Por su parte Rothbaum, Rosen, Ujiie y Uchidfa (2002) comentan que esta dinámica que se da entre padres e hijos involucra protección, cuidado y seguridad. Lo que fortalece lo mencionado por Bowlby (1969) quien plantea que la formación y desarrollo del apego en edades tempranas es fundamental para que se dé una interacción favorable entre adultos y menores. Sin embargo, no podemos asegurar que, en todas las situaciones, el niño establezca una vinculación afectiva favorable con quienes le rodean. En algunas ocasiones, los niños, desde las apreciaciones de Bowlby (1973, 1980), experimentan una gran angustia a pesar de tener todos los componentes favorables.

Estas aseveraciones propiciaron que otros investigadores como Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) se sumaron a esta línea de investigación sobre la vinculación afectiva; Ainsworth et al. (1978) propusieron los tipos de apego, los cuales son:

1. *Apego de evitación*. Las madres que expresan este tipo de apego rechazan abiertamente los intentos del niño para tener contacto físico. Los niños manifiestan conductas de desapego, en otras palabras, se caracterizan por evitar contactos visuales y físicos e interactúan poco y evitan a los demás. Los adultos que crecieron con este tipo de apego reportan el amor con miedo a la cercanía por la falta de confianza en sí mismos y en su entorno; por lo regular establecen relaciones amorosas dudosas, de corto tiempo, o bien consideran no necesitar pareja estable para alcanzar la felicidad. Suelen ocultar sus sentimientos de inseguridad. Reportan que su infancia fue generalmente escasa de cariño.
2. *Apego ansioso/ambivalente*. Las madres que ejercen este tipo de apego suelen ser poco sensibles al responder al llanto de sus hijos. Son madres que se entrometen de manera negativa en las actividades del niño, en palabras de los autores: “se fuerza el afecto sobre el niño” (Ainsworth et al., 1978, p. 3). Esta actitud de la madre provoca en el niño conductas de protesta e ira; estos menores experimentan el amor como episodios preocupantes y reportan que son dolorosas las interacciones con otras personas. En la adultez estos niños suelen enamorarse frecuente y fácilmente, por lo que reportan tener problemas para hallar el verdadero amor. Expresan abiertamente sentimientos de inseguridad.
3. *Apego seguro*: los niños con apego seguro utilizan a la madre como base y palanca de amor y seguridad, misma que les permite explorar el mundo. Cuando la madre se aparta, los niños se muestran desconcertados; cuando vuelve, se acercan a ella en busca del contacto físico brevemente, para luego continuar explorando.

Algunos estudios sobre la teoría del apego

Existen diversos estudios sobre cómo se da el proceso de la vinculación afectiva en los primeros años, y las técnicas utilizadas en dichas investigaciones son principalmente la observación no participante, la cual permite un análisis de cómo se conforman las interacciones en la parentalidad (Bartholomew, 1990; Bartholomew y Horowitz, 1991; Hazan y Shaver, 1987, 1990; Schaffer y Emerson, 1964; Shaver y Hazan, 1988). En investigaciones con esa metodología se ubican los de Schaffer y Emerson (1964), quienes realizaron observaciones a díadas de madres y bebés menores de un año; por su parte, Moore (1964) realizó observaciones a niños educados en casa y los comparó con niños educados en guardería. Tras los análisis cualitativos de las observaciones, el autor detalló las diferencias de la vinculación afectiva de las interacciones entre madres y bebés.

En ese mismo orden de ideas, Ojeda (2003) señala a la técnica observacional como aquella que es más requerida en las evaluaciones del apego en bebés; asevera también que estos registros observacionales son limitados cuando la población a estudiar son niños con mayor edad, adolescentes o adultos debido al amplio repertorio de conducta que se expresa en la proximidad con los otros. Otros tipos de evaluaciones las encontramos en Marrone (2002), quien utiliza la Entrevista de Apego para Adultos (*Adult Attachment Interview*) y los autorreportes utilizados por Hazan y Shaver (1990).

Bee (1985) describe estudios realizados con menores de edad preescolar y concluye:

“parecen existir dos grupos diferentes de comportamientos. El primero es el patrón de ‘pegarse’, de estar cerca de la persona o de tener contacto físico con la madre y ser alzado. Algunos niños muestran su apego y dependencia con la profesora del jardín de niños, sentándose cerca de ella, en tanto que otros niños buscan la atención y aprobación de la profesora para algunas actividades, pero no parecen querer permanecer cerca de ella o tener contacto físico” (p. 208).

Sloman, Atkinson, Milligan y Liotti (2002) estudiaron el impacto del vínculo afectivo negativo de los padres; señalan los autores que estos padres suelen estar desorientados y preocupados con sus experiencias familiares pasadas y se comportan con pasividad, con temor, con agobio o enfado. La ansiedad se presenta porque los menores son incapaces de predecir la respuesta paterna; como consecuencia, estos niños desarrollan el vínculo ambivalente de inseguridad: “los niños inseguramente vinculados muestran déficit en la regulación de la emoción, en comparación con aquellos que están vinculados firmemente” (Sloman et al., p. 317).

Hasta el momento, se han revisado algunos de los efectos positivos y negativos de la vinculación afectiva; por su parte, Hazan y Shaver (1987) muestran los resultados de sus estudios, los cuales han coincidido con los reportes realizados por Campos, Barret, Lamb, Goldsmith y Stenberg (1983), quienes mencionan que aproximadamente 65% de personas adultas manifiesta un tipo de apego seguro; 15% un apego ansioso/ambivalente y 20% un apego evitativo.

¿Cómo es que se llega a establecer una vinculación afectiva que florezca en un apego seguro? Ante esto, Sloman et al. (2002) mencionan que la relación ideal entre padres e hijos es cuando se da de forma abierta emocionalmente y flexible, a lo cual los autores llaman “sincronización”, lo cual hace referencia a aquellos padres que responden sensible y consistentemente a las emociones infantiles y proporcionan apoyo regulando el estado emocional de los menores.

Sin embargo, no siempre los padres alcanzan a lograr este tipo de relación ideal con sus hijos, porque difieren de habilidades de comunicación, y la manera de percibir, así como de responder a las señales emocionales de los hijos se fundamenta en las experiencias infantiles con los progenitores. Como se aprecia, los estudios sobre el vínculo afectivo están enfocados hacia la caracterización de las relaciones que se establecen en el seno de la familia.

En su estudio, Richaud (2005) tuvo como objetivo estudiar la influencia de la relación parental percibida por los niños en el desarrollo de estrategias de afrontamiento. A ellos se les aplicó la escala argentina de percepción de relación con los padres y el cuestionario argentino de afrontamiento para niños a 1,010 niños de 8 a 12 años. En este se demostró que las familias democráticas promueven afrontamientos adaptativos, mientras que las familias rechazantes promueven afrontamientos desadaptativos.

Sobre la presencia parental, Casassus, Valdés, Florenzano, Cáceres, Aspillaga y Santander (2011), en Chile, aplicaron el instrumento CNAP-Plus, una adaptación chilena del CNAP, que es un cuestionario que consiste en un autorreporte y cuenta con escalas que miden la presencia parental en el control conductual, control psicológico, apoyo social, iniciativa social, depresión y comportamiento antisocial. Para su análisis correlacionaron las primeras tres dimensiones contra las últimas tres; encontraron que todas correlacionaban en mayor o menor grado pero de una forma negativa.

Ossa, Navarrete y Jiménez (2014) analizaron la relación que existe entre estilos parentales y calidad de vida familiar en Chile, en una muestra de padres y madres de jóvenes de entre 11 y 13 años de un establecimiento educativo, participando así 109 familias. La investigación se llevó a cabo a través del Cuestionario de Estilos Parentales. Encontraron relaciones positivas y estadísticamente significativas entre estilo parental con autoridad y calidad de vida familiar, tanto en sus componentes de importancia y satisfacción.

Componentes de la parentalidad

La parentalidad tiene dos componentes: las dimensiones y los ejes, que se ven traducidos en pensamientos, conductas y emociones hacia los hijos, teniendo un trasfondo psicológico y que a continuación se describen.

Las dimensiones de la parentalidad

Según Houzel (como se citó en Solís-Pontón, 2004), distingue tres dimensiones de la parentalidad que se explican a continuación:

1. Ejercicio de la parentalidad

El ejercicio de la parentalidad define un campo que trasciende al individuo, a su subjetividad y sus comportamientos, situando a cada individuo en sus lazos de parentesco y asociándolos con sus derechos y obligaciones; dichos lazos constituyen un conjunto genealógico al cual pertenece cada miembro y que rige las reglas de transmisión, ya que el grupo social no puede concebir un grupo amorfo, constituido de elementos que no tengan entre ellos lazos de inclusión. De esta manera puede decirse que los lazos que se generan dentro de la parentalidad son complejos, de pertenencia, afiliación y alianza.

Asimismo en el plano del desarrollo psíquico e individual, el ejercicio de la parentalidad se asocia con las prohibiciones que organizan el funcionamiento psíquico del individuo, principalmente el tabú del incesto, tratándose de reglas estrictas que condicionan su estabilidad y sus condiciones óptimas de funcionamiento desde los aspectos jurídicos y legales de cada entidad.

2. Experiencia de la parentalidad

Para que exista la experiencia de la parentalidad se debe iniciar con el deseo de tener un hijo; esto requiere una madurez psíquica del individuo y una plenitud que supone que la vida que ha recibido, a su vez, sea transmitida. Al mismo tiempo, esto remite a la conclusión del proceso edípico que implica el ser fecundado o el fecundar en una identificación con el padre del mismo sexo, pero también como el deseo de separación de los objetos parentales dañados en la fantasía inconsciente, por lo que, transmitir la vida forma parte del proceso de separación en la medida en que, a través de la fecundidad de una pareja, se restaure la fecundidad fantasmática de las *imago*s parentales de cada cónyuge.

La deuda de vida es a la concepción que se debe transmitir de los padres para restaurar la homeostasis familiar, por lo que la experiencia de la parentalidad inicia desde las fantasías de vivirse como padres, a su vez, en el embarazo se expresa una nueva etapa en donde las represiones son muy pocas y las representaciones inconscientes de formas regresivas pueden expresarse libremente.

3. Práctica de la parentalidad

La práctica de la parentalidad es el fenómeno que surge de las interacciones entre el hijo y la díada parental, todo esto depende del contexto sociocultural en el que están inmersos y de los deseos inconscientes de cada uno. Las interacciones que se dan son de diversas formas según Lebovici y Lamour, Houzel (como se citaron en Solís-Pontón, 2004):

- a) Interacciones conductuales: estas se observan y pueden ser objeto de una descripción objetiva.
- b) Interacciones afectivas: implican afectividad del niño y de los padres.
- c) Interacciones fantasmáticas: son el aspecto no visible y no consciente de las interacciones, organizadas en función de la historia de los padres, del funcionamiento de la pareja y de la personalidad de la madre y del padre.
- d) Interacciones simbólicas: estas conciernen todos los aspectos de la trasmisión simbólica que se opera en el seno de la familia y que inscribe al individuo en su filiación.

La práctica de la parentalidad es una mezcla de todas las formas de relación antes mencionadas, dando como resultado un determinado esquema parental; dicho patrón parental estará estipulado por las interacciones fantasmáticas y simbólicas, las cuales tienen una hegemonía en dicha realización, siendo de esta manera el pivote para las relaciones e interacciones familiares.

Los ejes de la parentalidad

La parentalidad se divide en maternalidad y paternalidad; estas como tales, no son más que las representaciones estereotipadas de lo que se espera de una madre o de un padre, así como los roles que deben ejercer. Sin embargo, cabe señalar que la maternidad se constituye desde aspectos fisiológicos y biológicos discerniendo en la maternalidad con funciones más psicoafectivas. La paternidad y la maternidad son procesos complementarios que se desenvuelven dentro de la estructura familiar para restaurar el estado físico y afectivo del niño (Benedek, 1970).

1. Maternalidad

La maternalidad es el conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en una mujer durante la maternidad (Houzel, como se citó en Solís-Pontón, 2004). Por otro lado, la maternidad, como cualidad de cada una de las madres, es puesta a prueba en cada uno de sus hijos y durante las diferentes fases de desarrollo por las que atraviesa cada uno de ellos; la madre posee dos diversos recursos para el cuidado materno; el primero tiene sus raíces en la fisiología y el otro se desenvuelve como una expresión de su personalidad que ha sido desarrollada bajo influjos de su ambiente (Benedek, 1970).

Benedek (1970) comenta que la función hormonal que estimula la secreción de leche sofoca la función gonádica e induce un estado afectivo que responde a unas intensificadas tendencias receptivas y retentivas, convirtiéndose en motivadoras del cuidado materno. Cuando el bebé incorpora el pecho de la madre se siente unido a ella y hay una especie de simbiosis en la cual la madre se identifica con el bebé haciendo una regresión a una conducta de su experiencia infantil a través de las huellas mnémicas, dando este proceso la facilidad de la integración a la cualidad materna.

Sin embargo, la actividad materna es una conducta compleja que puede aprenderse, y a su vez está determinada por la cultura; la cualidad maternal es una función del aparato psíquico humano

que por evolución se ha desarrollado hasta volverse capaz de modificar patrones pasionales, por medio de la integración de huellas mnémicas en organizaciones de la personalidad y funciones yoicas (Benedek, 1970).

Por su parte, Tavera (2007) menciona que una mujer puede ser mejor madre en cuanto puede dejar resuelto su papel de hija, y convertirse en madre responsable de su ser y de su propia raza; esto no quiere decir que niegue su pasado y a sus padres, sino que al saberse una mujer adulta, pueda hacerse cargo de ella y de sus crías. Si esta mujer va avanzando con una inmensa necesidad de ser atendida, vista y amada por los padres poco o nada podrá ofrecer como madre a sus hijos, pues volcará en ellos la visión de hermanos que le siguen robando el amor; poco podrá alimentarlos con afectos sanos. Ya que las actitudes afectivas de la mujer hacia la maternidad, su conducta de cuidado materno y su cualidad maternal son otros tantos retoños de la identificación que ella, en su proceso de desarrollo, estableció con su propia madre.

Respecto al cuidado materno, remite al tipo de apego de la propia madre; si ella ha desarrollado un sistema de apego seguro y lleva consigo algún otro ser que le brinde presencia afectiva y protección permitirá alejar las preocupaciones y el encuentro con el cuerpo del niño, activará el proceso de maternidad, en el cual esta madre desarrolla sentimientos de ternura y de dulzura ante el contacto con el bebé; es decir, la madre activa sus circuitos sensoriales y transmite un placer en el contacto físico, y percibirá las necesidades del recién nacido a través de ellas. Cuando la madre codifica las señales del bebé adecuadamente, sin angustia en ambos miembros, ambos irán estableciendo pautas de regulación emocional (Bleichmar, 2005).

Es importante mencionar que, si no se desea al hijo, la madre puede presentar distintas formas de rechazarlo; por ejemplo, el rechazo pasivo, el cual no se dirige al hijo como individuo sino contra el hecho mismo de tener un hijo, por lo que es un rechazo genérico, carente de objeto, de la misma maternalidad (Anthony y Benedek, 1970). Asimismo, se ha encontrado que “las actitudes de estas madres, y su hostilidad global a la maternidad, tienen su origen en su biografía, en su relación con el padre del hijo, en la manera en que han logrado resolver, o fracasado en resolver su propio conflicto edípico y su angustia de castración” (Anthony y Benedek, 1970, p. 506).

Por lo tanto, la cualidad materna es resultado de la organización psicobiológica del individuo, cuando la maternidad afectiva o las tareas maternas la activan, cobra eficacia en el desarrollo del niño y de la madre en la medida en que facilita los procesos simbióticos normales entre madre e hijo; proporciona la matriz para el desarrollo sano de este, permitiendo a la madre incluir al hijo que crece dentro de su propia personalidad; la prepara para la individuación de él y para su separación, la maduración del hijo representa en cada fase una nueva tarea adaptativa para los progenitores (Benedek, 1970).

2. Paternalidad

El padre constituye el otro polo de la tríada familiar; él introduce la diferencia en los intercambios entre la madre y el lactante, pone en un contexto y enmarca las interacciones tempranas y representa una separación entre la madre y el bebé, el lazo paterno está marcado por un acto de reconocimiento, un acto de voluntad (Solis-Ponton, 2004).

La imagen que se tenga del padre en la infancia perdurará durante toda la vida y dará estructura a los afectos sensaciones y sentimientos al mismo tiempo que conservará toda su intensidad en la futura madre (González y Cavadas, como se citaron en Tavera, 2007, p. 48).

La madre reconoce al padre y él, a fin de volverse padre, reconoce al niño y lo afilia su linaje.

El padre puede encargarse y asegurar la función educativa, de proveedor, pero sobre todo por el deseo de ser padre, a partir de la representación que el hombre tiene de sí mismo como padre, se volverá padre un día.

El hombre acompaña a la mujer en su embarazo, la protege y en cierto modo se identifica con ella en su embarazo; de hecho comparte algunos síntomas; la madre, por su parte; le dirá al padre que el bebé se mueve preparando de esta manera el lugar del padre; para cuando el bebé nace ya ha sido investido, y los gestos y cuidados maternos y paternos ya son parte de su historia.

Se considera que los intercambios paternos provocan estados de alerta y de tensión que facilitan la emergencia de ritmos motores alternos en el bebé, de hecho muy pronto el lactante aprende a reconocer los gestos de la madre y del padre; el bebé aprende que será separado de la madre por el padre, el padre da paso al proceso de la triangulación (Solís-Ponton, 2004).

El padre tiene una función activa como propulsor del desarrollo de la socialización y la simbolización, puede anticipar las necesidades del bebé con el uso de su empatía y aportarle una base segura para que pueda acceder a la cultura; este es un camino de la filiación a la afiliación. Cuando el padre no cumple con su rol y no existe una figura sustituta, el bebé tendrá mayor dificultad para separarse de la madre. Otras de las funciones del padre descritas por González (como se citó en Tavera, 2007) son las siguientes:

1. La función rescatadora: al asimilar las cargas agresivas, sexuales y eróticas que la madre desplaza hacia el hijo, el hijo varón, y al prohibir que la relación simbiótica feminizante impida la integración de la identidad masculina.
2. Ayudar al hijo en el control de sus impulsos: al brindar protección el padre se ofrece como objeto que se internaliza y, de esta forma, en el futuro da protección desde el interior del individuo. Al sentirse protegido, el sujeto aumenta su autoestima. El niño por sí mismo no puede controlar sus impulsos ya que son más fuertes que él pero, en su fantasía, el padre es percibido como más fuerte que sus propios impulsos; el hijo espera obtener ayuda de él, ofreciendo así su autoaprecio.
3. Ayuda al hijo en el control de impulsos: el padre colabora a instaurar el predominio del proceso secundario y establecer así la capacidad de demora indispensable para llevar a cabo la adaptación a la realidad; es el padre quien pone los límites y quien da reglas, exigiendo su cumplimiento.

En cuanto a la inclusión del hijo en el padre, esta se hace progresivamente y es promovida por la madre; el padre busca cargar y sostener al bebé conjuntamente con la madre; dicha inclusión le permite convertirse en padre. Es importante el rol del padre en esta etapa de desarrollo ya que, para que la madre sea suficientemente buena es necesario que se asuma como mujer, y esto se da en el lapso en el que es relevada por el padre del bebé.

El padre descubre a su bebé dentro de un intercambio afectivo. Este bebé que llora en sus brazos se confrontará y aclarará las representaciones del bebé imaginario, el de la fantasía, y el cultural, mientras se convierte progresivamente en su bebé, se trata de una interacción mixta el padre entra en contacto con su esposa y su bebé de manera directa e indirecta (Solís-Pontón, 2004, p. 37).

Es importante mencionar que la capacidad de cuidados que tiene el padre con su recién nacido no es comparable con la que tiene la madre, por lo que los cuidados paternos son un complemento

para contribuir y hacer más sólida la relación. Un padre bueno puede aportar y compartir con su creatividad a la relación con su bebé y su mujer, sumándose a nuevas adquisiciones de ambos.

Uno de los principales momentos en donde la presencia del padre es crucial es la denominada organización genital temprana, entre los 6 y los 12 meses de vida, con la iniciación del triángulo Edípico (Aberastury y Salas, 1978). El padre cumple un papel esencial en la identificación psico-sexual en los hijos, siendo quien da el modelamiento de feminidad en los hijos, y en los varones el niño desea imitar y ser como su padre, logrando mediante este proceso identificarse con él (González y Cabadas, citado por Tavera, 2007).

Funciones parentales

Las funciones parentales son diferentes en cada sociedad, por lo que no se pueden generalizar; hay una variabilidad de las costumbres de una sociedad a otra con respecto a la crianza y la transmisión de valores y creencias; las formas de cuidado varían según la persona y el contexto; sin embargo, todo tipo de creencia y costumbre parte de una necesidad real del niño.

Las principales funciones parentales descritas por Ochoa-Torres y Lélong (como se citaron en Solís-Pontón, 2004) son las siguientes:

1. *Función de apaciguamiento*: consiste en satisfacer las necesidades biológicas del niño, como el hambre, calor, contacto, sostén, higiene y tranquilidad sobre todo después del nacimiento.
2. *Función de seguridad*: el bebé rápidamente se adapta al estado emocional y a las prácticas de crianza de los padres: la forma de llegar a él, de sostenerlo, de hablarle, de cuidarlo etc. Todo esto le permite anticipar lo que va a suceder y prepararse; los padres se adaptan a las necesidades del niño y a sus reacciones, reconocen las señales mínimas de cada gesto, se observa la sensibilidad de los padres en cuanto a las necesidades del niño, se establece una simbiosis afectiva entre el niño y sus padres; cuando estos son tranquilos el niño siente esta seguridad y es sosegado.
3. *Función estimuladora*: las estimulaciones son numerosas y cada padre utiliza las que aprendió en la infancia y que corresponden a lo más cercano de su personalidad, las estimulaciones brindadas al niño son las siguientes:
 - a) Estimulaciones proximales: Los padres mantienen el contacto con su niño, lo toman en los brazos, lo acarician, lo besan etcétera.
 - b) Estimulaciones distales: Los padres guardan cierta distancia, miran a su hijo, le sonríen, le hablan, le muestran un juguete etcétera.
4. *Función socializadora*: el niño se somete a ciertas reglas que va acatando, aceptando las exigencias de los demás, socializarlo es una de las principales funciones de la parentalidad; en estos casos la madre es quien canaliza las necesidades del niño según un horario, lo que le da tiempo para ella misma; en el lactante los horarios regulares favorecen su adaptación.
5. *Función de transmisión transgeneracional de valores*: el aprendizaje de los valores en la familia se vuelve eficaz y permanente, ya que se realiza en un ambiente de cercanía, comunicación, afecto y cooperación; el niño por su parte recibe las claves para la construcción de sus representaciones globales acerca del funcionamiento de la realidad social, se refiere a las propias representaciones de sus padres, a los modelos de interacción familiar.

6. *Desaparecer la ilusión de omnipotencia*: esta la crea el niño gracias a la presencia de la madre; para desaparecerla se requiere que los padres introduzcan la frustración y la capacidad de tolerancia.

Estilos de crianza desde la perspectiva cognitiva

La interacción familiar en la perspectiva cognitiva se utiliza para ubicar la relación entre los distintos miembros de una familia, donde las actividades de cada uno están determinadas por las actividades de los otros (Del Valle, 1997). Siguiendo este planteamiento, el contexto familiar en el que se integra un niño desde su nacimiento influye considerablemente en su desarrollo psicológico: en sus habilidades conductuales, en sus características de personalidad, en sus formas de interacción con la comunidad, e incluso en el nivel de éxito o fracaso en actividades escolares y productivas en una edad más avanzada.

Ahora bien, la parentalidad, como ya se ha definido, es una serie de acciones encaminadas a favorecer el desarrollo del individuo; principalmente son los padres quienes lo promueven. De esta manera, la interacción con los personajes de su círculo social inmediato repercuten necesariamente en lo emocional, conforme el niño gana experiencia en sus interacciones y las va perfeccionando hacia necesidades específicas (Edwards, 2002; Vargas, 2002).

Desde esta perspectiva teórica, existen estrategias o formas en las que los padres se relacionan e interactúan con los hijos, que permiten desarrollar esas acciones orientadas a la parentalidad. Hablamos de que los estilos paternos de crianza han sido definidos por Baumrind (1966) y Maccoby y Martin (1983) como las características conductuales específicas que un padre (o madre) manifiestan para ejercer sus funciones formativas y de disciplina con los hijos, así como para establecer roles particulares de los diferentes miembros dentro del sistema familiar.

Los primeros planteamientos sobre lo que es la línea de los estilos de crianza, los tenemos en los estudios de Baumrind (1966), mismos que se convirtieron en una fuerte influencia para la investigación en este tema. Esta autora comenzó a estudiar variables como la disciplina y la madurez de los padres en función de las interacciones con sus hijos.

Categorización de los estilos de crianza

En investigaciones posteriores consideró categorías como el involucramiento paternal, el cual describe el grado de atención y conocimiento que los padres tienen de las necesidades de sus hijos, así como de exigencia y supervisión de las reglas establecidas por ellos. A partir de esas bases, décadas más tarde, Maccoby y Martin (1983) presentaron un estilo adicional a los tres propuestos por Baumrind, quedando así la tipología más conocida y utilizada acerca de los patrones o estilos de crianza:

1. *Estilo democrático (autoritativo)*: caracteriza a los padres como personas que pueden delimitar reglas dentro del hogar y transmitir las a sus hijos; les hacen saber a sus hijos cuándo no hacen lo correcto. Este tipo de padre atiende a las necesidades de sus hijos sin romper las reglas y teniendo una comunicación con ellos para conocer su punto de vista y juntos establecer acuerdos.

2. *Estilo permisivo (indulgente)*: caracteriza a los padres tolerantes en extremo, que autorizan todo a sus hijos; acuden ante la menor demanda de atención, se oponen a impartir castigos o señalamientos verbales y ceden a la menor insistencia.
3. *Estilo negligente (indiferente)*: caracteriza a los padres como tolerantes en extremo, que permiten que sus hijos se comporten como quieran; pero a diferencia de los de estilo permisivo, estos padres no acuden ante las demandas de atención, tampoco imponen castigos y no establecen intercambios o negociaciones con sus hijos.
4. *Estilo autoritario*: caracteriza a los padres sumamente estrictos e intransigentes que exigen obediencia absoluta. Los padres con este estilo de crianza imponen reglas, tanto morales como de comportamiento, las cuales deben ser practicadas sin objeción; no toleran las contradicciones a sus reglas y pueden actuar en contra de los intereses y aspiraciones de los hijos. Justifican su actitud partiendo del principio de que ese es el camino adecuado para que los hijos tengan un futuro favorable y que la “mano dura” hace hijos responsables y comprometidos.

Algunos estudios sobre estilos de crianza

La investigación realizada por Lambord, Mounts, Steinberg y Dornbusch (1991) tuvo el objetivo central de explorar los efectos de lo que se denominó “estilos de paternidad” (democrático, autoritario, permisivo y negligente), sobre diversas variables del desarrollo de hijos adolescentes (competencia social, orientación hacia la escuela, competencia académica, promedio escolar, orientación hacia el trabajo, autorrealización, síntomas psicológicos, síntomas somáticos, uso de drogas, nivel de delincuencia y mala conducta escolar). Esta investigación consideró a su vez el origen étnico de la familia (afroamericano, asiáticoamericano y euro-americano), la clase social (media y baja), la escolaridad de los padres y la estructura familiar (familias intactas y familias no intactas).

En España, autores como Pons y Berjano (1997) emprendieron un estudio longitudinal de doce meses para analizar lo que denominaron “estilos parentales de socialización” (sobreprotección, comprensión y apoyo, castigo, presión hacia el logro, rechazo y reprobación), relacionándolos con el nivel de consumo de alcohol. La muestra constó de 1,100 jóvenes con edades entre 15 y 19 años, de clase socioeconómica media y media-alta. Los participantes respondieron una escala que indicó el consumo de alcohol y a partir de la primera evaluación se agrupó a los adolescentes de acuerdo con sus índices de consumo de bebidas alcohólicas. También se aplicó a los adolescentes una escala orientada a explorar los estilos parentales de socialización. Los hallazgos indican que, en términos de la probabilidad de cada estilo paterno para propiciar consumo de alcohol en sus hijos, de mayor a menor probabilidad, se ubicaron los siguientes: reprobación, castigo, rechazo, presión hacia el logro, sobreprotección, comprensión y apoyo.

En México la investigación de Aguilar, Valencia, Martínez, Romero y Lemus (2004) consistió en un estudio transversal cuyo propósito fue determinar si existe relación entre los estilos paternos y maternos con aspectos del desarrollo psicológico y aspectos sociales (competencia académica, autoconfianza, morosidad, evitación al trabajo, autoestima, depresión, mala conducta escolar, consumo de alcohol y drogas); estos autores clasifican los estilos paternos y maternos como positivos (democrático y permisivo) y negativos (autoritario y negligente).

Conclusión

Como se mencionó al inicio del capítulo, este se realizó con el propósito de explorar dos temas íntimamente ligados, que son, por un lado la parentalidad, y por otro lado los estilos de crianza. Ambos constructos se abordan desde su perspectiva teórica y en ambos casos se puede observar cómo la ciencia psicológica está interesada en estudiar cómo se construyen esos lazos amorosos en el seno familiar.

Desde la noticia de la llegada de un nuevo miembro familiar cada quien se va construyendo y generando una expectativa con el bebé a partir de lo que ese miembro se dará en sus interacciones cotidianas, lo que va generando también ciertas exigencias hacia ese nuevo ser, de lo cual determina por parte de los padres la forma individualizada de su crianza y el tipo de parentalidad que se ejercerá con el individuo.

Se considera que estos temas son un abanico de oportunidades para abordar estudios dirigidos a describir cómo es que se construye la parentalidad en familias monoparentales, sabiendo de antemano que las figuras materna y paterna son fundamentales para cualquier hijo, consideramos importante poder abordar en otra oportunidad qué representa para un hijo contar con una figura paterna, y por supuesto, qué representa para el padre o madre en solitario ejercer los estilos de crianza durante las primeras etapas del desarrollo.

Otro tema importante para las líneas de investigación de los autores es abordar cómo se construye la personalidad y cómo se manifiestan las interacciones en menores que carecen de padres, ya que el estudio de niños institucionalizados también es de suma importancia para abordar todas las posibles vertientes en las que un individuo se desarrolla en los primeros años de su vida.

Referencias

- Aberastury, A. y Salas, E. (1978). *La paternidad*. Buenos Aires: Kargieman.
- Aguilar, J., Valencia, A., Martínez, M., Romero, P. y Lemus, L. (2004). Estilos parentales y medidas de desarrollo psicosocial en estudiantes universitarios. *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje*, 12(1): 69-81.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Anthony, E. J. y Benedek, T. (1970). *Parenthood: Its psychology and psychopathology*. Oxford, Inglaterra: Little, Brown.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7: 147-178.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61: 226-244.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Developmental*, 37: 887-907.
- Bee, H. (1985). *El desarrollo del niño*. México: Harla.
- Benedek, T. (1970). Parentalidad y providencia. En: E. James y T. Benedek (Comp.). *Parentalidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres - hijos*. España: Paidós.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (vol.1). Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss* (vol.2). Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (vol.3). Nueva York: Basic Books.
- Campos, J.J., Barret, K.C., Lamb, M.E., Goldsmith H.H. y Stenberg, C. (1983). Socio-emotional development (pp.783-915). En: P. H. Mussen, M.M. Haith y J.J. Campos (eds.), *Handbook of child psychology, Volume II: Infancy and developmental psychobiology*. Nueva York: John Wiley y Sons.
- Casassus, M., Valdés, M., Florenzano, R., Cáceres, E., Aspillaga, C. y Santander, S. (2011). Parentalidad y salud mental adolescente: diferencias entre ciudades y tipo de dependencia escolar. *Revista de Psicología*. Chile, 20(2): 125-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26421338006>
- Del Valle, A. (1997). Estudio comparativo de la interacción materno-infantil entre madres adultas y madres adolescentes. *Tesis de Maestría no publicada*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Edwards, M.E. (2002). Attachment, Mastery, and Interdependence: A Model of Parenting Processes. *Family Process*, 41: 389-404.
- Hazan, C. y Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 511-524.
- Hazan, C. y Shaver, P. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59: 270-280.
- Lambord, S., Mounts, N., Steinberg, L. y Dornbusch, S. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62: 1049-1065.

- Maccoby, M. y Martin, O. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-Child Interactions. En: P. H. Mussen (Ed.). *Handbook of Child Psychology vol.4. Socialization, Personality and Social Development*. Nueva York: Wiley.
- Marrone, M. (2002). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Moore, T. (1964). Children of full-time and part-time mothers. *Internacional Journal of Social Psychiatry* 2: 1-10.
- Ojeda, A. (2003). Consecuencias de los estilos de apego en la pareja: prediciendo la satisfacción familiar. *Tesis de Doctorado no publicada*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ossa, C., Navarrete, L. y Jiménez, A. (2014) Estilos parentales y calidad de vida familiar en padres y madres de adolescentes de un establecimiento educacional de la ciudad de Chillán (Chile). *Investigación y Desarrollo*, 22 (1): 19-37. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/268/26831411002.pdf>
- Pons, M. y Berjano, L. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Anales de Psicología*, 3: 22-51.
- Richaud, M. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 37 (1): 47-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537102>
- Rothbaum, F., Rosen, K., Ujiiie, T. y Uchidfa, N. (2002). Family Systems Theory, Attachment Theory, and Culture. *Family Process*; 41: 328-350.
- Schaffer, H. R. (2004). *Introducing Child Psychology*. Oxford: Blackwell.
- Schaffer, H.R. y Emerson, P. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 29: 3-94.
- Shaver, P. y Hazan, C. (1988). A biased overview of the study of love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5: 473-501.
- Sloman, L., Atkinson, L., Milligan, K. y Liotti, G. (2002). Attachment, Social Rank, and Affect Regulation: Speculations on an Ethological Approach to Family Interaction. *Family Process*, 41: 313-327.
- Solís-Pontón, L. (2004). *Parentalidad*. México: El Manual Moderno.
- Tavera, M.T. (2007). *La función del padre en la estructuración psíquica de la hija*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología. Universidad Vasco de Quiroga. Morelia, Michoacán, México.
- Vargas, J.J. (2002). Estilos familiares: descripción y análisis. *Tesis de Doctorado no publicada*. México: Universidad Iberoamericana.
- Vargas, J.J., Ibáñez, E.J. y Jiménez, D. (2004). El conflicto marital: alternativas de análisis conceptual y sugerencias de intervención. *Alternativas en Psicología*, 10: 58-68.





12

CAPÍTULO

La práctica del psicólogo en dos universidades mexicanas. **Modelo de supervisión e impacto social**

Fernando Cerón Esquivel
Julieta Bonilla
Lilia G. López Arriaga
María Elena Urdiales Ibarra
María Margarita Barak Velásquez

Las universidades tienen como objetivo principal preparar a sus alumnos para ejercer una profesión con éxito de acuerdo con las demandas de nuestra sociedad, existiendo la necesidad de sintonizar la formación profesional con los requerimientos actuales dentro un contexto de cambio permanente.

En la universidad ningún alumno estudia para el fracaso, más bien, se buscan posibilidades de superación y preparación para la vida laboral, por tal motivo son concebidas como instituciones de éxito que procuran dotar a los universitarios de metas de vida con calidad (Martínez-Pichardo y Hernández-Oliva, 2013). Entre las diversas funciones de las que se encargan está la capacitación constante para el desarrollo del ejercicio profesional, el cual ha de revisarse constantemente para proporcionar las competencias necesarias para la empleabilidad del estudiante, y a su vez que este pueda convertirse en el profesional, quien tendrá mayor experiencia en su especialidad, además de promover una alta moral (Casares, Carmona y Martínez-Rodríguez, 2010).

Las metas inquisitivas de estas instituciones educativas vinculan su crecimiento con los cambios globales que promueven el desarrollo del sector productivo, que demanda constantemente un recurso humano cada vez más capacitado para sus distintas áreas; esto promueve la necesidad de reestructurar los planes y programas educativos de las universidades para lograr cumplir las demandas de distintos sectores (Jaime, Domínguez y Guillén, 2013).

Sin duda, las instituciones de educación superior orientan sus esfuerzos para dar respuesta a las diferentes problemáticas de acuerdo con su campo de estudio. Toda esta labor está permeada de forma transversal por principios éticos propios de la profesión (Lindsay, 2009). Específicamente, para la profesión de la psicología desde hace algunos años, existe un importante interés por determinar las cualidades para el ejercicio exitoso de la profesión, así como la forma de lograrlo enmarcado en diferentes propuestas de modelos para alcanzarlo. Por ejemplo, Norzagaray, Sevillano y Valenzuela (2012) describen que para la adquisición de competencias profesionales se necesitan demostraciones del desempeño; y esto no puede ser mejor evidenciado que en la práctica misma del psicólogo.

El psicólogo competente deberá caracterizarse como una persona activa, autogestor de sus procesos de aprendizaje, líder, con capacidad de trabajo en equipo y amplio manejo en el uso de tecnologías de la información. Además, figurará como un verdadero profesional del comportamiento humano mediante tareas de evaluación, diagnóstico, intervención, prevención e investigación a nivel individual, grupal y/o comunitario (Juliá, 2006). Además, de estructurar un estilo de vida con un marco teórico-práctico de referencia que beneficie el hábito de su autocuidado.

Dichas competencias se adquieren primordialmente en un proceso de “aprender haciendo”, en un contexto natural de trabajo durante las prácticas externas, o mediante una situación de aprendizaje por simulación. En los siguientes apartados se presentarán dos modelos de formación de psicólogos de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC).

Primero se describirá el modelo de prácticas departamentales de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León definiendo el modelo de formación y supervisión en el que está basado, su conceptualización, forma de operación, así como el impacto que ha tenido a lo largo del periodo comprendido de 2010 a 2015. Posteriormente se hablará sobre el modelo de formación profesional del Centro Interdisciplinario de Atención Educativa a la Comunidad (CIAEC). Ambos modelos comparten dos premisas centrales: la formación profesional y el apoyo a la comunidad en la solución de problemáticas que las aquejan; además de enfrentarse a problemáticas comunes

relativas al papel que desempeñan tanto los supervisores internos en las instituciones educativas como aquellos que establecen un vínculo de colaboración abriendo sus puertas para que los futuros psicólogos adquieran habilidades prácticas. Ambas experiencias favorecerán herramientas de operación sustantivas sobre el quehacer de la práctica del psicólogo. Enseguida se describe cada una de ellas para finalmente reflexionar sobre los aspectos que mejor puedan ayudar en el establecimiento de un modelo de supervisión de la práctica del psicólogo.

Modelo de prácticas en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FaPSI, UANL)

¿Qué son las prácticas departamentales?

Actualmente el programa de licenciatura de la Facultad de Psicología está estructurado en un modelo basado en competencias y sus procesos están bajo un Sistema de Gestión de Calidad de la institución. Todos los esfuerzos están dirigidos hacia la misión institucional que busca “formar profesionales competentes en el ejercicio y generación de nuevos conocimientos en la psicología, caracterizados por su capacidad innovadora y espíritu emprendedor, altamente competitivos, con pensamiento multicultural, y claramente comprometidos con el desarrollo sustentable de su comunidad” (Meza, 2011), por tal motivo los alumnos de la Facultad de Psicología de la UANL reciben un entrenamiento en diversas áreas de la psicología, guiado por maestros y supervisores quienes han demostrado ser profesionales, competentes con dominio teórico-conceptual, metodológico y aplicativo en el conocimiento psicológico del área que se encargan (Campillo, Sáez y Cerro, 2012); de modo contrario, no podrían fungir como formadores de psicólogos competentes (Macotela, 2007; Piña, 2010). Dichas áreas formativas tienen una representatividad e identidad propias de la disciplina, y están orientadas en una formación general en diversos campos de acción de la psicología (Zanatta y Yurén, 2012).

En el Modelo Curricular de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la unidad de aprendizaje de la práctica departamental es una materia obligatoria a partir de quinto y hasta décimo semestre de la formación e incluye un valor total de 18 créditos.

Los estudiantes pueden elegir cada semestre de entre un abanico de siete opciones de práctica de acuerdo con las trayectorias de formación curricular, y es importante vigilar que estas trayectorias sean consistentes, es decir, la labor del tutor y el coordinador de prácticas radicarán, entre otras funciones, en cerciorarse de la horizontalidad y verticalidad del currículo de cada estudiante en los últimos tres años de la carrera con respecto a la práctica departamental y las unidades de aprendizaje profesionales de tipo optativo.

Es importante mencionar que los estudiantes de cuarto semestre deben elegir cuáles unidades de aprendizaje son coherentes y apropiadas a su plan de formación curricular y tomar la decisión con miras a formar competencias teóricas y prácticas para sus prácticas departamentales. Sin embargo, la mayoría de los estudiantes tienen información parcial de los campos de acción de la psicología y sus modelos teóricos, y muchas veces basan sus decisiones en comentarios que otros estudiantes hacen sobre el quehacer del psicólogo. Una estrategia para apoyar la toma de decisiones es mediante difusión y acompañamiento cercano con diferentes instancias; al respecto, se han llevado a cabo pláticas informativas sobre cada uno de los departamentos curriculares,

realización de módulos en donde se les aclaran todas las dudas sobre las diferentes trayectorias mismos que son apoyadas por profesores expertos de cada una de las unidades de aprendizaje. Una acción adicional es la realización de entrevistas individuales y, en algunos casos, el monitoreo y seguimiento por el Departamento de Orientación Vocacional.

El impacto que tienen estas estrategias de acompañamiento para la toma de decisiones fue analizado a través de la realización de 263 entrevistas a estudiantes de cuarto semestre. Las entrevistas fueron efectuadas por 22 psicólogos, todos con experiencia clínica; cada uno aplicó de 10 a 15 entrevistas con duración de una hora aproximadamente. El análisis de las entrevistas reveló que 9.9% de los alumnos requiere tutoría para reforzar organización, hábitos de estudio y trabajo en equipo; 18.4% necesita un seguimiento terapéutico debido a situaciones de ansiedad, dinámica familiar y relaciones de pareja; por otro lado, se identificaron tres casos con serias dificultades emocionales (1.3%) que requieren una vigilancia urgente y 18.5% de los estudiantes tiene claramente identificado el campo de acción del psicólogo que desean formar. El restante 38% no presentó observaciones de consideración (Urdiales, Villarreal y Nava, 2013). Estos hallazgos permiten identificar la herramienta de la entrevista como una forma para la identificación de perfiles vocacionales a la vez que se detectan casos que requieren monitoreo y seguimiento previo a la práctica departamental en ambientes reales.

De acuerdo con lo anterior, el proceso de ingreso a la práctica departamental se debe vigilar con el fin de verificar que el estudiante tenga las competencias preliminares para desarrollar procesos de evaluación, diagnóstico, intervención y prevención en cada uno de los campos de acción de la psicología, así como validar si cuentan con recursos psicológicos para emprender con éxito su práctica en los escenarios reales ante situaciones próximas a resolver.

La práctica departamental se respalda por un programa analítico en cada uno de los semestres (quinto a décimo semestre), el cual es elaborado de forma colegiada por el equipo de profesores de cada línea curricular. En el programa de quinto semestre el escenario de práctica es el aula, privilegiando la simulación cuasi real; existe la figura de un profesor titular que dirige tales actividades y fomenta las competencias de evaluación y diagnóstico.

De sexto a décimo semestres los estudiantes despegan de las aulas y comienzan el reto de enfrentarse a situaciones reales a través de del ejercicio directo en distintos centros de práctica, validados por instancias propias para este fin, sumando un total de 15 horas a la semana; las competencias a desarrollar son principalmente de evaluación y diagnóstico (quinto y sexto semestres); diseño y aplicación de modelos de intervención (séptimo y octavo semestres); y diseño y aplicación de modelos de prevención (noveno y décimo semestres).

Schön (1992) caracteriza las prácticas profesionales como zonas indeterminadas de incertidumbre, singularidad y con alto grado de valor, que ponen en juego elementos clave para la formación de psicólogos, como son el trabajo en equipo, innovación y resolución de problemas presentes en contextos cambiantes; mientras que Andreozzi (2011) las concibe como: “experiencias de formación para el trabajo que articulan lógicas de acción propias del mundo de la formación académica y lógicas del mundo del trabajo profesional”.

Por lo tanto, proponer modelos de práctica que validen la formación profesional del psicólogo es, hoy por hoy, un reto mayúsculo en la región y el país, dado que la licenciatura en psicología se ha posicionado en una de las carreras que concentra un alto número de matrícula (ANUIES, 2003), y por ende, invita a la reflexión colegiada y participativa entre los que se dedican a su enseñanza.

La supervisión de estudiantes

En la práctica profesional, el supervisor tiene como objetivo desarrollar una identidad profesional en el estudiante por medio de la transferencia y el incremento de competencias, utilizando como herramientas didácticas el rol profesional y la construcción del conocimiento profesional, de tal manera que la supervisión puede entenderse como una forma de intervención pedagógica que incida en el estudiante, favoreciendo el aprendizaje teórico-práctico (Novella, Forés, Rubio, Costa, Gil y Pérez, 2012).

Por otro lado, Loubat (2005) señala que la actividad de supervisión se realiza en muchos contextos de forma arbitraria, desarticulada y subjetiva, y en su mayoría mediante estrategias generadas de forma autodidacta o como producto de la reflexión de grupos de profesionales. Y sin hacer una discusión sobre este tema, el cual es por demás básico en la enseñanza y monitoreo de la formación de futuros psicólogos, nos enfocaremos en describir la forma en que se enseña la práctica de la psicología en la Facultad de Psicología de la UANL, definiendo en primer lugar la supervisión como el procedimiento de formación de estudiantes para el ejercicio de la psicología como un medio que permite monitorear la calidad de los servicios de ayuda hacia otro ser humano en sus diferentes constelaciones y contextos para desarrollar sus competencias profesionales (Zas, 2010).

En un estudio realizado por Urdiales y Juárez (2011) se reportó que, el número de horas de supervisión directa, de forma individual y/o grupal en los primeros encuentros de situaciones reales por parte de los alumnos, parecieran ser de mayor importancia que la experiencia con la práctica; al respecto Roe (2003) señala que hay que diferenciar el momento de formación como parte del diseño curricular, así en un inicio se requiere mayor guía y orientación directa y menor número de horas en escenarios controlados.

De importancia también son las estrategias de aprendizaje como fuente de formación tal como las demostraciones, ejercicios prácticos, análisis de casos, seminarios, simulaciones (Castro, 2004), aprendizaje basado en problemas, práctica directa, ensayos, entre otros (Andrew, Caparrós, Rostan, 2007; Biggs, 2005; Cano García, 2008; Díaz-Barriga y Hernández, 2004; Pimienta, 2012).

Por otro lado, el perfil del supervisor demanda una persona capacitada en la teoría (Delgado, 2012) y práctica de la supervisión (Benatuil y Laurito, 2015), con conocimiento en el rubro de los aspectos éticos de la profesión, y con alto grado de compromiso y motivación para la promoción de valores y competencias actitudinales.

El modelo de supervisión que se muestra en la figura 12.1 hace evidente un proceso paulatino de andamiaje de novato a experto que involucra mayor número de horas de supervisión individual y/o grupal, en un inicio de la formación práctica y menor al final de la carrera, además de utilizar estrategias iniciales de simulación y demostraciones que, a lo largo de los semestres, se realizan a través del análisis de los mismos casos con los que se tiene contacto en los escenarios de práctica.

Ratificamos la importancia que tiene el estudio de los modelos de supervisión, y sus implicaciones en quienes se encargan de brindar ayuda a otros, haciendo patente el interés de establecer puntos de trabajo colaborativo y colegiado entre las diferentes instituciones que se encargan de la formación de psicólogos a nivel de pregrado.

Proceso de monitoreo y control de la práctica departamental

Regular el proceso de práctica, desde una perspectiva de gestión que coordine y facilite la consecución de tan importante labor formativa y de supervisión, requiere una estructura clara de recurso humano, materiales y logística de operación, además de la conformación de redes interinstitucionales para su logro.

El proceso que se lleva a cabo para el monitoreo y control de las prácticas departamentales en la Facultad de Psicología de la UANL se connota tres etapas ordenadas:

1. Inducción

La primera es de inducción, cuyo objetivo principal es la información oportuna y eficaz a los estudiantes de cuarto semestre sobre las opciones de práctica y su proceso de ingreso y asignación, se realiza con apoyo logístico de otras instancias dentro de la escuela y/o facultad, como es el departamento de tutoría y las academias curriculares; sin embargo, en materia de la práctica se retoman lineamientos generales para el registro, y lo más importante es la asistencia indispensable a la entrevista que la coordinación de prácticas gestiona a través de la conformación de un equipo de supervisores base, todos psicólogos de formación con experiencia clínica y con conocimiento amplio sobre las trayectorias curriculares.

Los datos arrojados en las entrevistas se validan por parte de la coordinación de práctica departamental siendo necesario, en algunas ocasiones, gestionar segundas entrevistas para la verificación del perfil de ingreso del futuro practicante en relación con los campos de aplicación de la psicología en cada una de las siete trayectorias curriculares.

2. Registro

Una vez que se definió una trayectoria curricular de acuerdo con el proceso de inducción y como resultado principal de las entrevistas, se pasa a una segunda etapa llamada prerregistro, misma que es estrictamente administrativa por parte del equipo conformado en la coordinación de prácticas y consiste en el llenado de información relevante del estudiante que comenzará a conformar su expediente personal.

La ficha del practicante es un formato proporcionado a los estudiantes en donde se registran datos personales, de salud, trayectoria curricular elegida, fotografía y la validación del servicio médico con el que cuenta. Este último es obligatorio, dado el reglamento de prácticas y lineamientos de la universidad en donde se necesita que todos los practicantes estén respaldados por algún servicio médico, aclarando que, si no cuenta con uno la misma universidad le ofrece la afiliación a uno de ellos mediante procedimientos sencillos que el mismo alumno deberá realizar. Y finalmente se le solicita una vez conocido el Reglamento de Prácticas, la firma de la carta compromiso que lo asume como practicante, dado que iniciará una representatividad de la Facultad de Psicología en Instituciones oficiales.

| Estrategia de aprendizaje por semestre | Horas de supervisión | Indicadores de evaluación |
|---|---|--|
| <p>QUINTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Lecturas, ensayos, análisis de casos ficticios, solución de problemas Elaboración en equipos de un diagnóstico de acuerdo con algún enfoque de la psicología | <p>3 horas de práctica semanal desarrolladas en el aula durante 20 semanas</p> | <p>Indicadores de evaluación</p> |
| <p>SEXTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Seminarios formativos de forma continua y sistemática en temas selectos Análisis de lecturas Demostraciones Aprendizaje por parte de pares Supervisión individual y grupal Tareas de supervisión Dinámicas para el desarrollo humano 20 horas de capacitación al semestre a través de seminarios | <p>Semanalmente durante 20 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3 a 6 horas de supervisión individual y/o grupal 12 horas de práctica directa en escenarios reales con monitoreo constante por parte de alumnos de semestres más avanzados | <ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de tareas de supervisión Asistencia a seminarios formativos Asistencia y cumplimiento de reportes de control de actividades prácticas Diagnóstico de caso real de acuerdo con la práctica directa que incluya propuesta de intervención de forma general |
| <p>SEPTIMO</p> <ul style="list-style-type: none"> Seminarios formativos de manera continua y sistemática en temas selectos Demostraciones Supervisión individual y grupal Tareas de supervisión Dinámicas para el desarrollo humano 20 horas de capacitación al semestre a través de seminarios | <p>Semanalmente durante 20 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3 a 6 horas de supervisión individual y/o grupal 12 horas de práctica directa en escenarios reales | <ul style="list-style-type: none"> Propuestas de plan de intervención de acuerdo con la práctica Cumplimiento de tareas de supervisión Asistencia a seminarios formativos Asistencia y cumplimientos de reportes de control de actividades prácticas |
| <p>OCTAVO</p> <ul style="list-style-type: none"> Seminarios formativos donde los estudiantes se vuelven expositores Análisis de casos Supervisión individual y grupal Tareas de supervisión Dinámicas para el desarrollo humano Modelaje de procedimientos a estudiantes novatos 20 horas de capacitación al semestre a través de seminarios | <p>Semanalmente durante 20 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3 a 6 horas de supervisión individual y/o grupal 12 horas de práctica directa en escenarios reales | <ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de tareas de supervisión Asistencia a seminarios formativos Asistencia y cumplimientos de reportes de control de actividades prácticas Aplicación de modelos de intervención psicológica en casos reales |
| <p>NOVENO</p> <ul style="list-style-type: none"> El estudiante se vuelve modelo de otros estudiantes de semestres iniciales Supervisión individual Tareas de supervisión 20 horas de capacitación al semestre a través de seminarios | <p>Semanalmente durante 20 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3 horas de supervisión individual y/o grupal 12 horas de práctica directa en escenarios reales | <ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de tareas de supervisión Asistencia a seminarios formativos Asistencia y cumplimientos de reportes de control de actividades prácticas Aplicación de modelos de intervención psicológica en casos reales de acuerdo con criterios metodológicos y científicos de la disciplina |
| <p>DÉCIMO</p> <ul style="list-style-type: none"> Supervisión individual Seminarios de expertos de temas selectos 20 horas de seminarios | <p>Durante 20 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3 horas de supervisión individual 12 horas de práctica directa en escenarios reales | <ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de tareas de supervisión Asistencia a seminarios formativos Asistencia y cumplimiento de reportes de control de actividades prácticas Diseño y aplicación de programas preventivos para resolver problemáticas reales de impacto social |

Figura 12.1 Trayectorias curriculares y competencias básicas del perfil de egreso alineadas a la práctica departamental en la Facultad de Psicología, UANL.

3. Elección y asignación de centro de práctica

La tercera etapa se realiza a partir del término del quinto semestre y se repite de forma anual para la asignación de centros de práctica (Urdiales, 2015), aquí el alumno elegirá de forma voluntaria y ordenada, de acuerdo con su promedio académico, el lugar en donde realizará su práctica durante un año. Este proceso implica la vinculación oportuna con la Subdirección de Proyectos Educativos y Asistenciales, que es la instancia responsable de validar la pertinencia de los centros de práctica para el semestre en cuestión, principalmente de acuerdo con criterios de verificación de programa, recursos humanos y materiales necesarios y firma de convenio con compromisos interinstitucionales. Este listado se solicita en tiempo y forma mediante una base de datos con nombre del programa, dirección, datos del responsable y actividades a realizar.

Una vez que se tienen dichos datos, la coordinación de prácticas asigna supervisores que podrán, de acuerdo con su perfil, monitorear el cumplimiento del programa. Estos datos se publican en un espacio virtual accesible a los estudiantes (Pérez y Urdiales, 2015), considerando, a su vez, el número de plazas por centro y la trayectoria curricular, y enseguida proceden a la elección. Para este último proceso, dentro de la etapa se prepara un sistema en red de apoyo para la captura oficial del centro de práctica elegido, y de forma inmediata se pondrá a su disposición la carta de asignación oficial que deberá entregar en tiempo y forma al responsable del programa para su autorización y/o rechazo. En caso de ser rechazados se procede a una segunda asignación. Finalmente, se entregan al estudiante los formatos oficiales que lo acreditan como practicante (gafete y carnet), los cuales serán reportados y validados por el supervisor.

La evaluación de la práctica se hace de forma sistémica, participando los supervisores, responsables de los centros de práctica y de autoevaluación del alumno; todo esto se realiza de manera electrónica en un sistema de administración de la práctica departamental.

El proceso de asignación de la práctica es permanente y cíclico, y debe comunicarse a todos los implicados mediante un calendario de prácticas que se difunda a través de la carpeta de los supervisores y vía electrónica. Requiere a su vez una completa sincronía con la Subdirección de Proyectos Educativos para poder contar en los tiempos estratégicos con la información eficaz de acuerdo con el número de plazas por trayectoria curricular, insistiendo en que, aunque son procesos académico-administrativos de gestión, son necesarios para crear una plataforma estable para la realización, verificación y control del cumplimiento de las prácticas.

Vinculación con la comunidad

El impacto sobre diferentes grupos del sector social en la comunidad del área metropolitana de Monterrey durante la implementación del programa de práctica departamental es evidente. De manera particular se muestran los datos de una cohorte del año 2011 y 2012.

Un total de 238 convenios con instituciones del sector público o privado han validado fuertemente la importancia que tiene el posicionamiento del psicólogo hoy en día en la comunidad; de ellos 62 son del campo clínico, 32 del campo educativo y 144 del campo social y organizacional de acuerdo con los datos arrojados a través de convenios validados por la Subdirección de Proyectos Educativos y Asistenciales.

En el primer semestre de 2012 se atendieron a nivel individual 13,236 personas y 3,414 grupos, los cuales 40.6% corresponde a población infantil, 19.4% adolescentes, 28.3% jóvenes y adultos y 3.5% a población de la tercera edad. En el segundo semestre del año fueron atendidas 29,454

personas a nivel individual y 5,124 grupos de población diversa; este impacto es principalmente en el sector clínico con 56.3 y 16.6% en el sector social y organizacional, 25.4 % a nivel educativo; además 1.6% reporta beneficios a nivel de productos de investigación (Urdiales, 2013).

Por lo tanto, de acuerdo con la experiencia práctica en la Universidad Autónoma de Nuevo León para formar a sus psicólogos, se puede asegurar que los esfuerzos colegiados y el establecimiento de redes interinstitucionales se ha logrado alcanzar un nivel digno de reconocimiento pero a la vez perfectible al desarrollo; sobre todo en el rubro de investigación, donde se ha logrado colaborar con la realización de proyectos sobre violencia y afrontamiento (Moral, López, Díaz y Cienfuegos, 2011) (Moral y López, 2012), terapia asistida con animales (González y Landero, 2013) e intervención centrada en soluciones (Guajardo y Cavazos, 2013), entre otros. Además de esto, la participación en procesos de apoyo en la atención a víctimas de secuestros y sus familiares (Rocha, 2013).

Estas actividades de investigación y bienestar social son parte del compromiso, lo cual deberá ser un esfuerzo estratégico a corto plazo para continuar impulsando la formación integral del psicólogo. Y por otro lado, se ha abierto un campo de trabajo serio de gran trascendencia en el sector social que permite que el psicólogo ofrezca alternativas viables y profesionales para responder, de forma socialmente responsable, ante distintas problemáticas presentes en la región.

Finalmente, la formación de psicólogos es trascendental dadas las implicaciones sociales y de generación de conocimiento, motivo por el cual es reiterativo colegiar, a través de esfuerzos interinstitucionales, la regulación de la práctica de profesionales de la salud mental, por todo esto hay que seguir impulsando proyectos de desarrollo que contemplen dicho rubro.

Modelo de prácticas en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California. El caso del Centro Interdisciplinario de Atención a la Comunidad (CIAEC)

El programa Centro Interdisciplinario de Atención Educativa a la Comunidad (CIAEC) nace de la inquietud e iniciativa de docentes y alumnos de la licenciatura en psicología en 1989. El proyecto nace con el objetivo de conjugar la formación integral de los alumnos participantes y el apoyo a la comunidad. Las reestructuraciones y evolución del CIAEC han sido continuas, particularmente en cuanto a misión y visión, así como en relación con los programas que lo conforman y a la cantidad de profesores que participan.

Las constantes del CIAEC como programa de formación profesional han sido, por un lado, la participación de alumnos para formarse bajo el modelo de interacción social y los postulados teóricos de la pedagogía de la *praxis* social y la formación constructivista centrada en el alumno; y por el otro, la capacitación y supervisión constantes, bajo los conceptos de comunidades de aprendizaje, aprendizaje experiencial y aprendizaje situado.

El objetivo del Centro Interdisciplinario de Atención Educativa a la Comunidad (CIAEC) es coadyuvar en la promoción, el conocimiento y ejercicio de los derechos a la salud y la educación, enfatizando en temas de inclusión y equidad, a través de la formación de profesionales en vinculación con su realidad social en lo referente a prevención y atención interdisciplinaria de los problemas educativos, y de salud mental, que se observan en las escuelas, y el contexto familiar, generando investigación aplicada que promueva alternativas de solución viables.

Como parte de las acciones formativas dentro del CIAEC, se desarrollan convenios de vinculación con instituciones donde los estudiantes pueden realizar el trabajo de campo a través de prácticas, servicio social y otras modalidades de obtención de créditos contempladas en el Estatuto Escolar de la Universidad Autónoma de Baja California (2006). El Albergue Temporal del DIF, Desarrollo Social Municipal (DESOM), Instituto de Psiquiatría del Estado, asociaciones civiles como el Centro de Atención al Niño Autista de Mexicali (CANAM) y Oasis del Desierto, Servicios Públicos Municipales, Alianza de Mujeres contra la Violencia y las Adicciones, e instituciones de los niveles previos de educación, son algunas instituciones en las que se participa ofreciendo programas de atención a niños, adolescentes y adultos a través de servicios preventivos de intervención universal, selectiva e indicada.

El CIAEC cuenta con la participación de un promedio de 60 estudiantes por semestre y que cursan las licenciaturas de psicología, ciencias de la educación y ciencias de la comunicación, así como de otras áreas afines a las ciencias sociales y ciencias de la salud. Se cuenta con el apoyo de una profesora de tiempo completo como coordinadora del centro, un analista con licenciatura en psicología, seis horas a la semana de una profesora de tiempo completo, el apoyo especial de profesores de asignatura y profesionistas afines al servicio social. El sistema de capacitación incluye capacitaciones generales en procesos de desarrollo humano y normatividad, así como específicas de acuerdo con las necesidades de cada servicio ofertado buscando la actualización a través de invitaciones a especialistas locales, nacionales e internacionales.

La selección de los estudiantes de las disciplinas que conforman el CIAEC incluye la acreditación de una unidad de aprendizaje, entrevistas y capacitaciones. Además, los alumnos pueden acreditar servicio social comunitario, servicio social profesional y prácticas profesionales, cursar créditos vía modalidades no convencionales, como proyectos de vinculación con valor en créditos, ayudantía de laboratorio, y ayudantía de investigación; así como también realizar trabajo voluntario, apegándose a la normatividad universitaria.

El proceso de integración de los alumnos a las actividades del CIAEC se desarrolla a partir de una serie de etapas que permiten al alumno un trayecto de formación planificado, mismo que parte de un plan anual de trabajo, desarrollado en concordancia con el plan de desarrollo de la Facultad de Ciencias Humanas y las condiciones establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional de la UABC. Una vez que el alumno se inclina por su participación en el centro, se inicia un proceso formativo supervisado con los siguientes elementos que conforman las competencias de evaluar, diagnosticar, intervenir e investigar:

Unidad de aprendizaje: curso intersemestral denominado Psicología aplicada, mismo que sirve de inducción al trabajo comunitario. El alumno deberá aprobar dicha unidad como requisito de ingreso.

Entrevista: una vez solicitado el ingreso a CIAEC, los alumnos acuden a una entrevista para realizar una ubicación de intereses, establecer el nivel de compromiso, hacer una revisión de su historial académico y definir algunos aspectos sobre tiempo de dedicación disponible.

Capacitación: una vez aceptado el alumno dentro del centro, y como parte del plan anual, deberá participar en capacitaciones generales iniciales, posterior a ellos el alumno será seleccionado y ubicado dentro de alguno de los programas de atención que se ofrecen, capacitando al alumno específicamente en el funcionamiento de dicho programa y sus servicios (ver figura 12.2).

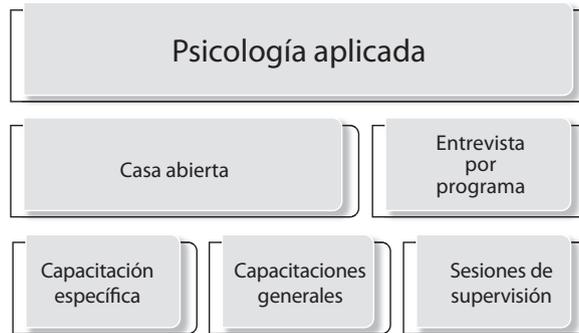


Figura 12.2 Selección semestral de alumnos que participan en CIAEC, 2017.

Fuente: Elaboración propia.

Atención a la comunidad: se refiere a la realización de la práctica supervisada en los diferentes programas, misma que se desarrolla con la asesoría de profesores especialistas en las diferentes áreas de atención que se ofrecen, quienes fungen como asesores y son quienes dan seguimiento. Guillén (2004) concuerda que parte de su formación se basó en fortalecer las competencias adquiridas con la práctica, el alumno participa en continuas revisiones de casos, vía seminarios de presentación y capacitación constante (ver figura 12.3).

Generación de investigación: se sistematiza la intervención y se documenta, cumpliendo con estándares de investigación donde participan docentes y alumnos, mismas que se constituyen en participaciones en eventos académicos nacionales e internacionales, así como publicaciones de artículos de divulgación. Se busca la oportunidad de desarrollar informes de investigación con calidad para publicaciones arbitradas (ver figura 12.4).

CIAEC ofrece, tanto a estudiantes en formación como a los profesionales en ejercicio, cursos-talleres de formación y actualización profesional con distintas temáticas, e incluye temas como:

- En busca de nuestros valores emblemáticos.
- El uso de la historia clínica como técnica de evaluación.
- La entrevista clínica.
- Diagnóstico multiaxial con el DSM-IV.
- Diagnóstico diferencial del Trastorno de Asperger.
- Técnica de evaluación del WISC-IV.
- Capacitación en Escala de Desarrollo Brunet-Lezine.
- Entrevista clínica psiquiátrica.
- El modelo de educación especial y su relación con el psicólogo.
- Apoyo conductual positivo y terapia redireciva.
- Ciclo vital y tipos de familias.
- Cómo elaborar planes de apoyo conductual positivo en niños con necesidades especiales.
- Intervención en crisis.
- Estadística aplicada a proyectos de investigación en CIAEC.



Figura 12.3 Modelo de capacitación y seguimiento de CIAEC, 2017.

Fuente: Elaboración propia.



Figura 12.4 Proceso de investigación del CIAEC, 2017.

Fuente: Elaboración propia.

Con este modelo se logra preparar al estudiante para adquirir conocimiento, desarrollar habilidades y valores que le den las competencias profesionales indispensables para el trabajo interdisciplinario, y enfrentar los retos que la globalización del mundo actual requiere del profesional de la salud comprometido con su entorno social.

Áreas de formación profesional

El CIAEC ha desarrollado un ciclo de formación para el estudiante que se integra al programa que le permite un tránsito por varias áreas de la disciplina psicológica. Con ello se asegura un riguroso avance y trayecto hacia la excelencia académica y humana.

En la actualidad, el CIAEC cuenta con 12 programas que impactan de manera directa e indirecta a la comunidad, en los que el alumno participante es asesorado por los docentes expertos en su práctica, además de desarrollar sus conocimientos y habilidades brindando una atención profesional y servicio de alta calidad.

Se presentan a continuación las actividades de cada programa de atención a la comunidad:

1. *Atención al público*: el objetivo de este programa es la presentación de CIAEC ante el usuario, a través del contacto directo o vía telefónica, y constituirse en un programa de enlace y apoyo entre programas.
 - a) El alumno que se incluye en este programa puede pertenecer a los primeros ciclos de la carrera (área básica o disciplinar), o alumnos que aún no conocen el área de especialidad que desean desarrollar.
 - b) Deben poseer aptitudes para la comunicación oral con las personas y dominio básico de computadora. Durante su estancia en el programa el alumno es capacitado en las reglas de operación del centro, los formatos de control, servicio de atención al cliente y la ubicación espacial de cada área.
 - c) En este espacio el alumno desarrolla conocimientos sobre el funcionamiento de un centro de servicios psicoeducativos, conoce las formas de manejo de expedientes y representa un primer acercamiento a las familias y sus problemáticas.

2. *Desarrollo de habilidades sociales*: el objetivo del programa es enseñar a los asistentes a interactuar de una mejor manera, incrementando sus habilidades sociales y desarrollando conductas apropiadas por medio de diferentes técnicas. Se realizan actividades de atención individual y grupal con los menores. Las habilidades sociales se pueden definir como un conjunto de capacidades y destrezas interpersonales que nos permiten relacionarnos con otras personas de forma adecuada, siendo capaces de expresar nuestros sentimientos, opiniones, deseos o necesidades en diferentes contextos o situaciones, sin experimentar tensión, ansiedad u otras emociones negativas (Dangil y Cano, 2014).
 - a) El enfoque teórico utilizado es particularmente el aprendizaje social o vicario.
 - b) El estudiante incorpora aspectos sobre entrevista, desarrollo infantil y otros tópicos necesarios para el desarrollo de su práctica.
 - c) En cuanto a habilidades y valores se desarrolla la empatía, la comunicación de ideas oralmente, estrategias para organizar actividades con padres y niños, la habilidad para exponer ideas ante otros colegas y destrezas para el trabajo en equipo y orientado a metas. Consecuentemente, con las acciones académicas realizadas, el joven tendrá la oportunidad de reforzar valores como la disciplina, la objetividad y la ética profesional.

3. *Pediatría conductual*: el objetivo es formar alumnos en competencias fundamentales para el trabajo con niños y adolescentes que presentan discapacidades severas del desarrollo, así como dificultad para adquirir y/o consolidar repertorios básicos (CIAEC 2013).

- a) Los estudiantes de este programa brindan servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento a niños con trastornos del desarrollo, principalmente autismo, así como dificultades en la adquisición de lenguaje, utilizando técnicas y estrategias que incrementen su desarrollo integral. Se realizan actividades de atención individual y grupal. La atención individual comprende una evaluación del desarrollo y se hace la devolución de los resultados a los padres. La atención grupal comprende la planeación y preparación de las sesiones, así como reuniones de análisis de casos con el programa de orientación a padres.
 - b) El enfoque teórico principal se basa en el enfoque de apoyo conductual positivo y como estrategia principal la terapia redireciva. El apoyo conductual positivo, según el Centro de Documentación y Estudios SIIS (2011), constituye una técnica de intervención y aprendizaje aplicable, con carácter general, a todas las personas, presenten o no discapacidades.
 - c) El alumno que participa en este programa debe poseer conocimientos sobre modelos en psicología y conocimientos sobre desarrollo humano, modificación de conducta y psicología de la excepcionalidad, así como mantenerse orientado al trabajo por metas. En este programa el alumno también desarrolla capacidad para comunicarse con otros profesionales.
4. *Orientación a padres:* este programa se dirige a la atención de las necesidades parentales de los menores que son atendidos en el centro. Para lograr la integración entre los programas de atención individual del centro se genera este espacio, en el cual se realizan reuniones periódicas de análisis de casos con los integrantes de los programas que dan la atención a los hijos para obtener retroalimentación recíproca. Agudelo (2011) comenta la utilización de un modelo de intervención que incluye la aplicación del cuestionario para evaluación de conductas en niños y niñas entre 3 y 11 años, que permite identificar conductas que favorecen las habilidades sociales, basándose en las variables de la dinámica interna como: autoridad, comunicación, afectividad y pautas de crianza, salud física y emocional.
- a) El enfoque teórico utilizado es el enfoque sistémico y el de grupo reflexivo, aunque también se utilizan recursos psicoeducativos.
 - b) El alumno que se integra a este programa tiene preferencia por el trabajo con adultos, además de poseer cierto nivel de aptitudes empáticas con padres que presentan hijos con necesidades educativas especiales.
 - c) También se espera que el alumno participante adquiera habilidades para comunicarse oralmente, y un nivel intermedio de conocimientos sobre intervención en crisis. El estudiante además mejora sus habilidades de control de grupo y habilidades de entrevista, así como las competencias asociadas a la evaluación y la intervención.
5. *Programa de terapia familiar:* en este programa se brindan servicios terapéuticos a familias que solicitan atención; dicho programa tiene importante impacto social y pertinencia sobre las problemáticas actuales de valores y crisis social. Los objetivos principales de la entrevista en terapia familiar son recoger información sobre el estado del paciente identificado y su familia, así como modificar los aspectos relacionados con el síntoma (Muñoz, Feixas, Montesano, *Compañ*, s. f.).

- a) Los integrantes brindan apoyo psicoterapéutico a las familias que tienen algún miembro en los programas de desarrollo de habilidades sociales, pediatría conductual y orientación a padres o bien que son referidos de instituciones gubernamentales o privadas; también participan en reuniones de análisis de casos con los programas indicados anteriormente para mejorar la atención de los usuarios.
 - b) El enfoque teórico utilizado es de tipo sistémico o basado en la teoría de sistemas, aunque también se utilizan recursos como el enfoque estructural o centrado en el problema.
 - c) Para lograr el máximo aprovechamiento en este programa se deben incluir alumnos que estén cursando las áreas formativas de las etapas disciplinar y profesional, y comprometerse con una estancia en el centro de al menos dos periodos semestrales.
 - d) El alumno que se integra a esta área desarrolla competencias para el manejo oral, el manejo de conflictos, la intervención en crisis y las técnicas de intervención específicas de área. Además, se fortalece en aquel una actitud ética, reconoce el valor de la discreción y ejercita a nivel práctico lo que las unidades de aprendizaje a nivel teórico abordan, principalmente las asociadas con dinámica familiar, terapia familiar e integración psicológica.
6. *Estimulación temprana*: este programa tiene el objetivo de brindar ejercicios y actividades dosificados en menores de 0 a 36 meses con el objetivo de potencializar al máximo su capacidad de desarrollo integral, así como realizar labor de prevención de posibles alteraciones o retrasos en el desarrollo que se presentan principalmente en esta edad. La atención se dirige tanto a padres de los menores como a los mismos niños, al identificar las necesidades del menor a través de una valoración del desarrollo, así como una entrevista con padres.
- a) Los integrantes del programa adquieren competencias para crear conjuntos de actividades y ejercicios acordes con la situación del menor. Se realizan prácticas externas al centro supervisadas siempre por el asesor del programa, en las cuales el alumno tiene la oportunidad de explorar otros tipos de sistemas familiares, así como sus respectivos sistemas de crianza.
 - b) El alumno puede vivenciar el desarrollo de sesiones reales de estimulación a partir del proyecto de vinculación que existe con el Albergue Temporal del DIF Estatal. Los alumnos pueden participar en la sección de lactantes.
 - c) El enfoque teórico principal es el psicoeducativo y psicopedagógico.
 - d) El estudiante que se integra a este programa posee inclinación al trabajo con menores, así como destrezas empáticas para el trato con padres. Las competencias fortalecidas en el estudiante se encaminan hacia la evaluación del desarrollo infantil y la estimulación del desarrollo en la esfera motora, afectiva y cognitiva. Los jóvenes además afianzan su propio sistema axiológico al interactuar con niños en situación de vulnerabilidad o con condiciones del desarrollo desfavorables.
 - e) A este programa pueden integrarse alumnos que, al menos, hayan cursado unidades relacionadas con el desarrollo humano y los modelos generales en psicología.
7. *Programa de apoyo psicopedagógico infantil*: este programa busca brindar estrategias de intervención a menores que cursan primero, segundo y tercer grados de primaria y presentan dificultades en el proceso de adquisición de la lectoescritura y habilidades matemáticas

por medio de estrategias y actividades psicopedagógicas. Una encuesta de observación del logro de lectoescritura temprana (Clay, 2002) proporciona una forma sistemática de capturar comportamientos tempranos de lectura y escritura, y es la principal herramienta de evaluación utilizada en Reading Recovery.

La pedagogía para la comprensión no se expresa en recetas ni en modelos rígidos de dinámicas y formatos, sino a través de la creatividad y la innovación permanente de un docente que reflexiona sus estrategias didácticas (Valencia, 2014).

- a) Este programa integra metodologías del área de la educación especial y psicología, se cuenta además con un asesor experto por invitación, mismo que durante el entrenamiento de los alumnos proporciona instrumentos para la evaluación de la lectoescritura y el cálculo; también proporciona soporte continuo ante los casos de atención y colabora en procesos de investigación en curso.
 - b) El alumno que se integra a este proyecto debe poseer conocimientos sobre los procesos psicológicos, el desarrollo humano y estrategias psicopedagógicas básicas.
 - c) Durante la estancia en el programa, el estudiante moviliza sus destrezas hacia el desarrollo empático con niños y padres, identifica las condiciones de vulnerabilidad del menor atendido y genera estrategias creativas y funcionales para los niños involucrados en el mismo. Valores como la disciplina, la responsabilidad y la objetividad se ejercitan por parte del alumno inscrito en este programa del centro.
8. *Adicciones*: el objetivo principal de este programa es atender el problema de consumo de alcohol y otras drogas entre los jóvenes universitarios, particularmente entre los alumnos que pertenecen a la Facultad de Ciencias Humanas.
- a) La intervención se basa en dos elementos teóricos: uno motivacional y el otro cognitivo conductual, es de tipo breve y se orienta al participante a moderar el consumo de alcohol o llegar a la abstinencia; en el caso del consumo de tabaco y otras drogas la meta es la abstinencia. Este programa funciona dentro de tres dimensiones: la atención universal, la selectiva y la indicada.
 - b) Para que el alumno pueda aprovechar adecuadamente el entrenamiento en este proyecto se acepta a quienes hayan cursado al menos dos cursos de áreas biológicas, identifiquen el ciclo del desarrollo humano y posean buenas habilidades para la comunicación oral.
 - c) Se sugiere al alumno una estancia de, al menos, dos periodos semestrales para un entrenamiento y profundidad de la técnica de trabajo. Objetividad, disciplina, responsabilidad y discreción son valores inculcados en este programa, y que permiten al estudiante un marco de referencia para su integración entre la teoría y la práctica.
 - d) Este programa se extiende más allá de las instalaciones de la facultad, por ello el estudiante puede asistir a otras unidades académicas dentro de la UABC para ofrecer atención especializada en el tema, lo cual fortalece sus competencias para gestionar y desarrollar procesos logísticos.
9. *Programa de inclusión educativa*: el objetivo de este programa es impulsar la inclusión de alumnos universitarios con necesidades educativas especiales (NEE) y/o discapacidad a través de un modelo psicopedagógico de intervención y con un equipo transdisciplinario para el seguimiento del trayecto académico. Casanova (2011) por su parte, señala que

“a pesar de que existe normativa internacional, nacional y autonómica suficiente para avalar el modelo inclusivo, todavía no se ha sistematizado la implantación y evaluación del mismo por parte de las administraciones competentes”.

- a) El alumno que puede ser candidato a este programa ha mostrado destrezas sobre la empatía, actitud sana ante la discapacidad y la discriminación, aptitudes para comunicarse por vía oral y escrita, habilidad para trabajar en equipos con otras personas y con otra formación académica.
 - b) Los estudiantes cuentan con un asesor invitado, quien les proporciona información sobre la normatividad nacional e internacional, sobre acceso a la educación y el respeto a las diferencias individuales. El estudiante desarrolla además investigación que le permite innovar en el campo de la educación superior y la atención a la discapacidad.
 - c) El entrenamiento al alumno se concentra en los procesos de evaluación psicopedagógica y las fórmulas de intervención con apoyo transdisciplinario.
10. *Programa de repertorios prelaborales*: el objetivo de este programa es que los individuos o personas participantes logren adquirir repertorios prelaborales que darán paso a la inclusión del individuo en un ambiente laboral.
- a) El enfoque utilizado para el entrenamiento es el apoyo conductual positivo, la terapia redirectiva y el entrenamiento cognitivo.
 - b) El estudiante que se integra a este programa debe poseer al menos un periodo de entrenamiento en otro de los programas del CIAEC, de preferencia el programa de pediatría conductual. También deberá haber cursado materias asociadas con el desarrollo humano, evaluación infantil y de adultos, análisis funcional de la conducta y dinámica familiar.
 - c) El estudiante, bajo supervisión del asesor invitado, desarrolla habilidades para la evaluación y la intervención en pacientes adultos con discapacidad intelectual, que podrían incluirse al ámbito laboral o de un oficio, por ello también se busca que el alumno desarrolle valores como la empatía, la disciplina, la objetividad y la ética.
11. *Comunicación*: en este programa se realizan actividades para promover la comunicación interna y externa con el propósito de mantener informada a la comunidad y dar difusión a las actividades del CIAEC.
- a) El alumno que se integra a este espacio puede pertenecer a la licenciatura en comunicación como preferente; sin embargo, también otras licenciaturas pueden participar o incluirse.
 - b) El estudiante posee habilidades básicas, al incluirse al centro, de manejo de computadora y paquetes para edición, tanto de fotografía como de video, destrezas para escribir, leer sintetizar y resumir, empatía y aptitudes para el desarrollo de entrevistas.
 - c) Durante el proceso de formación el alumno desarrolla habilidades para favorecer la comunicación interna y externa del centro, además practica en la realización de videos, entrevistas y reseñas de eventos, genera folletería alusiva al centro, así como carteles, lonas y periódicos murales. Además mejora sus conocimientos sobre el funcionamiento de una organización y adquiere hábitos sobre el trabajo en equipo y de organización del tiempo.

12. *Formación profesional*: en este programa se planean y organizan las actividades de actualización y formación profesional, de acuerdo con las necesidades de los diferentes programas del centro.
- Los estudiantes participan en esta área como apoyo logístico en los variados eventos que organiza el centro. Además pueden fungir como participantes o becados.
 - Cada semestre se organizan cursos, talleres, revisiones de casos, reuniones de análisis con cada programa, así como juntas para atender aspectos generales. Se organizan cursos de actualización que puedan apoyar, tanto a los participantes al interior, como a profesionales de la salud o colegas profesionistas en ejercicio.
 - Al participar en esta área se desarrollan en los estudiantes habilidades de organización, para la generación de la logística de un evento, para el manejo de grupos y para el trabajo en equipos.

Estado actual del modelo y sus áreas de oportunidad

En el pasado, el centro contaba con la participación de tres profesores de tiempo completo con un mínimo de diez horas a la semana dedicadas al centro; se contaba además con la presencia de seis profesores de asignatura con quince horas de dedicación al centro, lo cual permitía la supervisión de un promedio de diez alumnos por profesor para ofrecer los servicios. Las demandas de crecimiento en la matrícula de ingreso a la universidad representaron la reorientación de estas horas de trabajo en el centro hacia la docencia dentro de los programas educativos, lo que impactó la participación de los alumnos a un menor número, y esto a su vez mermó la atención a un menor número de personas.

A pesar de las condiciones mencionadas respecto a los docentes participantes y su condición al interior, en los últimos cinco años CIAEC ha flexibilizado también su organización interna con el objetivo de favorecer el desarrollo de nuevas áreas de formación profesional acordes con las necesidades sociales y los modelos de plan de estudio, así como adecuadas a los campos laborales de ejercicio del egresado.

En la actualidad se integran asesores por invitación, varios de ellos son maestros por asignatura que ya se involucran en los programas de licenciatura dentro de la facultad; por otro lado también existen asesores a los cuales el centro contrata a manera de profesional experto, y otros tantos invitados de calidad internacional a través de los procesos de movilidad académica que promueve la propia Universidad. Por lo tanto, este apartado en el modelo de formación del CIAEC se convierte tanto en su fortaleza como en su área de oportunidad al permitir al estudiante en formación compartir con modelos académicos de prestigio tanto regionales como internacionales la práctica supervisada y la conducción de saberes bajo personal preparado.

Sin embargo, la demanda de ingreso al CIAEC aumenta en relación con la matrícula de la Facultad y, tanto la infraestructura como el personal docente para supervisión, no coinciden con dicha demanda. Esto último podría considerarse como serio, pues la falta de personal profesional que dé seguimiento a la formación, supervisión y capacitación de los alumnos en servicio y la falta de infraestructura institucional podrían ser los principales obstáculos en el futuro cercano.

El CIAEC actualmente cuenta con dos cubículos, un aula administrativa y una cámara de Gesell; con estos elementos alrededor de 80 estudiantes transcurren su formación teórica y práctica. En los últimos cinco años los proyectos de vinculación emprendidos por el CIAEC han permitido que

los estudiantes se extiendan más allá de la infraestructura proporcionada por la facultad. Los lazos extendidos por el centro permiten en la actualidad que se generen incluso líneas de investigación particularmente asociadas a la práctica real de la comunidad abierta, además de una fuerte afirmación de la presencia de la Universidad.

El propósito de compartir esta experiencia radica en dar a conocer el trabajo que se está realizando en la Facultad de Ciencias Humanas, ya que por la característica de estar en las ciencias sociales enfocadas al desarrollo humano es donde este tipo de centros y otros programas de atención al público se llevan a cabo para la preparación y formación profesional del psicólogo.

Finalmente, la experiencia vivida para el estudiante es un cúmulo de experiencias de suma relevancia y parte de su entrenamiento como científicos sociales y de la salud. Como profesores, la recompensa es ver la cosecha de un trabajo arduo y disciplinado que repercute en servicios de calidad para la población vulnerable que acude y se beneficia con el trabajo de un grupo de personas que realizan su mejor esfuerzo y tienen la misión de ofrecer una atención profesional y ética que cumple con la responsabilidad social que le es inherente a la educación superior de las universidades.

Un programa que para los estudiantes es referido como el de mayor experiencia en su entrenamiento es el programa de orientación a padres.

Este programa es el eje central de los demás servicios que se prestan en este centro. Es aquí donde se propicia un espacio de reflexión y aprendizaje para que los padres de los niños que se atienden en los programas de desarrollo de habilidades sociales, tareas y pediatría conductual mejoren la relación familiar y construyan una atmósfera armónica entre sus integrantes, reforzando en casa el trabajo terapéutico con los menores.

Algunos de los objetivos de este programa son: mejorar los conocimientos para el cuidado de los hijos, identificar los niveles de comunicación que existen en la familia y proponerles formas alternativas de comunicarse, elevar el nivel de autoestima en los padres, plantear diversas estrategias para favorecer el desarrollo emocional y cognoscitivo de los menores.

Para el cumplimiento de dichos objetivos se realizan reuniones periódicas de análisis de casos con los integrantes de los programas que dan la atención a los hijos para obtener retroalimentación recíproca. El enfoque teórico utilizado es el enfoque sistémico y el de grupo reflexivo, aunque también se utilizan recursos psicoeducativos. Se trabaja una vez por semana y las sesiones no tienen costo.

Para el desarrollo de habilidades de los estudiantes en su formación profesional es necesario que conozcan fundamentos teóricos, mismos que han ido aprendiendo durante el transcurso de su carrera, poniendo en práctica todo aprendizaje.

De acuerdo con estos fundamentos teóricos debemos comprender que la familia forma parte esencial de la cultura y es la primera escuela donde aprendemos cómo comunicarnos. Por esta razón debemos conocer los diferentes tipos y modos de familia que nos permiten actuar dentro de la dinámica familiar.

Algunos testimonios

A continuación se presentan algunos testimonios de los propios estudiantes que han participado dentro de los programas del CIAEC.

En una entrevista que se les hizo individualmente y ante la pregunta “¿Por qué entraste al CIAEC?” La mayoría de los entrevistados declararon haber entrado teniendo alguna idea precisa de lo que iban a obtener. Por ejemplo, dos de ellos dijeron:

“Porque deseaba tener la experiencia de tratar con casos de verdad, aprender por experiencia propia y con la guía adecuada, cómo ofrecer una atención de buena calidad”, o bien “Entré a CIAEC debido a que buscaba un lugar en el cual poner en práctica los conocimientos vistos en clase, además de desarrollar las habilidades necesarias para ejercer en el área laboral”.

Otro de los entrevistados declaró: “Porque deseaba no solo obtener conocimientos dentro del aula sino también fuera de ella, y a su vez empezar a aplicar lo visto en clase. Debido a esto decidí aprovechar la oportunidad y los espacios que brinda la facultad para potencializar mi desarrollo profesional”. Otra respuesta emitida fue: “Por la necesidad de adquirir experiencia cercana a la laboral, conocer qué tipo de servicios podía brindar a la comunidad y comprometerme conmigo mismo a avanzar dentro de mi formación académica.”

A diferencia de las anteriores declaraciones, en otros casos los alumnos dijeron que entraron al CIAEC desconociendo el tipo de experiencia que iban a tener y que posteriormente lograron para su formación profesional. Algunas declaraciones de esto fueron: “Era algo que quería intentar desde semestres anteriores por la experiencia que se puede obtener y las referencias de compañeros que ya eran integrantes”, o bien: “Debido a una invitación de una compañera que estaba dentro de uno de los programas del centro. Tenía escasa información acerca de lo que se hacía allí (...) Acudí con la idea de que no perdía nada en intentar yendo a la entrevista, (aunque mi idea era tan desconcertante al pensar: “¿Qué hacer en medio de muchos psicólogos?”). También otro entrevistado declaró “Quise realmente saber qué era lo que es ser un psicólogo; por lo tanto opté por entrar a CIAEC, en vista que era una oportunidad que la escuela me brindaba, contaba con tiempo de sobra para permanecer en la escuela y finalmente porque aprendería lo necesario para ser un buen psicólogo; y de esta manera ingresé al programa de pediatría conductual”.

En la parte de la entrevista en que se les preguntó a los alumnos: “¿Cuál ha sido tu experiencia en CIAEC en cuanto a tu formación profesional?”. Todos ellos afirmaron, bajo diferentes formas de declaración, el cumplimiento del propósito y los objetivos que guían la actividad del centro. A continuación se mencionan algunas de las respuestas:

Respuesta: “Ser parte de CIAEC hace que los conocimientos no solo se queden en teoría, sino que también es posible llevarlos a la práctica simultáneamente; incluso hay ocasiones en las que primero pones en práctica y después viene la teoría en clases.”

Respuesta: “En cuanto a mi formación profesional, CIAEC ha sido un lugar que me ofrece un espacio en el cual estoy en contacto con la comunidad, lo que me da experiencia y una idea de los problemas que puedo encontrar en el mundo laboral”.

Respuesta: “La experiencia ha sido sumamente significativa, el trabajar al lado de psicólogos ha influido muchísimo en mi formación. Además de eso, ha ayudado a que agudice en la práctica y desarrollo de tareas que realiza un comunicólogo. El laborar en CIAEC es rico en cuanto a aprendizaje. Acercarse con los compañeros de otra carrera y comentar lo que desempeñan, rodearse de ellos, compartir conocimientos; también forma parte de mi crecimiento como profesionista”.

Respuesta: “Primeramente, para entrar al centro debemos de cumplir con un requisito, que es tomar el curso intersemestral de psicología aplicada, donde se ven por módulos diferentes temáticas que sirven como marco introductorio de lo que se ve y se trabaja en el centro. Posteriormente, al inicio de cada semestre se realizan capacitaciones generales e internas de cada programa, asisto a talleres de valores y actividades deportivas, donde trabajo con mis distintas habilidades.

He formado parte del *staff* de congresos y foro, lo cual me permite también conocer y aprovechar las temáticas dadas en ellos. Todo esto, yo considero que va generando experiencia en mí de una u otra forma”.

Respuesta: “La experiencia en mi formación ha sido muy enriquecedora, ya que CIAEC me ha permitido participar en eventos académicos como talleres, capacitaciones, pláticas y conferencias impartidos por profesionales en el área, así como poder ser ponente en congresos nacionales e internacionales”.

Respuesta: “Durante mi estancia en CIAEC he reforzado los conocimientos adquiridos en clase, asimismo he aportado dentro de clase gracias a mis experiencias en del centro. Además me ha facilitado la adquisición de conocimientos teóricos en algunas materias, ya que puedo entretrejerlos con los conocimientos prácticos previamente adquiridos. Debido a que me desempeñé durante tres semestres como supervisora del programa de pediatría conductual, adquirí habilidades para el manejo de grupos y administración de recursos (terapeutas, tiempo y espacios)”.

Respuesta: “CIAEC me ha brindado una amplia gama de experiencia con respecto al área laboral; de cierta manera me estoy haciendo una idea de cómo son las cosas en la vida ‘real’, empíricamente considero que he mejorado en mi forma de redactar informes, en la realización de entrevistas, en el área de la investigación, ciertamente se siente la preparación en el área científica, el apoyo por parte de las coordinadoras genera un aprendizaje sumamente exquisito”.

Al ser interrogados sobre su experiencia en cuanto a su convivencia con la comunidad y sus problemas reales, las respuestas obtenidas durante la entrevista nos hablan de un panorama amplio que va desde el contacto con la comunidad, la visión del campo de actuación profesional, o hasta un cambio significativo en cómo se conciben a sí mismos en su carrera. Algunos ejemplos del valor del contacto con la comunidad son:

“Al participar como voluntario en CIAEC he tenido la oportunidad de estar en contacto con la población, lo cual también me da una idea del panorama laboral y las necesidades existentes en la comunidad”, o bien otra declaración fue “La convivencia con la comunidad estudiantil es mucho más cercana, gracias a CIAEC he conocido y he estado rodeado de muchísimas personas”.

Ejemplos de cómo la experiencia ha sido significativa en cuanto al conocimiento de la comunidad y de su propia persona son los siguientes:

“Me he sensibilizado, comprendo la problemática que desencadenan los conflictos que llegan como motivo de consulta al centro, tomando en cuenta un marco general para poder ofrecer una atención buena y de calidad”. Otro entrevistado respondió: “En el programa de atención psicopedagógica para la inclusión reconocí la situación por la cual los alumnos con discapacidad y/o necesidades educativas especiales pasan durante el transcurso de su vida académica, las dificultades a las que se enfrentan al entrar a una carrera universitaria y lo más importante, la atención que pueden recibir para enfrentar los problemas que se presentan”, el siguiente alumno comentó: “Ha despertado en mí el interés genuino por la comunidad, lo cual me motiva a explorar sus problemáticas y buscar las posibles soluciones a estas”.

El siguiente entrevistado respondió: “Me he dado cuenta que las personas se encuentran dispuestas a ayudar y ser ayudadas, las necesidades que tiene la comunidad son altas y piden un alto rendimiento por parte de nosotros tratamos de brindar una atención que sea de calidad para satisfacer esas necesidades”. Otra de las respuestas dadas fue: “He comprendido que la mayoría del proceso terapéutico, para que exista un pronóstico favorable, se requiere la ayuda de los padres

en más de 50% de los seguimientos; por lo general uno antes de egresar o durante el periodo de la etapa disciplinaria considera que el tratamiento debe ser realizado por el psicólogo y nada más por él; pero una vez dentro de CIAEC comprendí que es multifactorial la prevención e intervención”.

En algunos de los entrevistados, la experiencia proporcionó un cambio radical dentro de su formación; por ejemplo hubo quien respondió:

“Cambió radicalmente la visión que tenía de mi carrera, confirmó mi vocación y me ha dado recursos como responsabilidad, compromiso, disciplina, y mucho aprendizaje que aplico dentro del centro, en mis clases y en mi vida diaria. Sin duda alguna comprobé que CIAEC no solo te forma como estudiante, sino como futuro servidor y como persona”.

Cuando la entrevistadora preguntó sobre la experiencia que los alumnos habían tenido con respecto a su propio desarrollo personal, algunas de las respuestas fueron:

“Me hizo ver que cuando se quiere se puede. Poder ayudar a personas que lo necesitan me hace sentir bien como persona y que estoy contribuyendo con la comunidad.”, “He reafirmado valores como la responsabilidad, respeto y tolerancia; también desarrollar habilidades de organización y liderazgo. También me proporciona la oportunidad de conocer compañeros que posteriormente espero sean una red de trabajo”, “He crecido académica y personalmente, ya que he desarrollado habilidades y reforzado otras que ya tenía, en cuanto al trato con los usuarios del centro, compañeros de trabajo y autoridades del centro”, “CIAEC me ha permitido desarrollar habilidades sociales, las cuales me han ayudado a mantener mejores relaciones interpersonales, así como mejorar la atención que brindo a los alumnos. Por otra parte, desarrollé hábitos de estudio y una ética profesional al realizar evaluaciones, expedientes e intervenciones terapéuticas”, “Mi estancia dentro del centro me ha ayudado a desarrollar y/o reforzar valores como el respeto, responsabilidad, tolerancia y honestidad”, “Personalmente me ha permitido desarrollar nuevas herramientas para obtener valor en mí mismo, estar seguro de las evaluaciones, diagnósticos y tratamientos que se llevan a cabo dentro del centro; ha generado potenciar mi autoestima y mi tolerancia ante la frustración, aprender a mejorar mi habilidad de escucha y poner atención a las necesidades de las personas que acuden a mí en caso de algún tipo de servicio especializado”.

Finalmente, al hacerles la pregunta: “¿Qué ventajas te ha dado la experiencia en CIAEC, en comparación con tus compañeros, en cuanto a formación profesional?”, algunas de las respuestas proporcionadas fueron:

“En comparación con otros compañeros, siento que tengo ventajas en el área terapéutica ya que, al interior del centro no solo reviso la teoría, si no que la llevo a la práctica, además de darme la oportunidad de realizar propuestas para temas de investigación o programas, lo cual nos da la oportunidad de participar en congresos y poder salir de la universidad a participar a nivel nacional o estatal”.

“Es muy importante tener lo que te ofrecen en CIAEC, que es el tener esta práctica académica donde observas la mayoría de la teoría vista en clase en situaciones reales, e incluso puedes aprender cosas que nunca hubieras visto en clase”, “Para mí lo más significativo ha sido la práctica, ya que el hecho de brindar atención a pacientes me muestra las habilidades con las que cuento y las áreas de oportunidad a desarrollar. Además me permitió especializarme en la atención a una población en específico, lo cual me abre oportunidades al momento de salir de la carrera”.

“Realmente siento una ventaja superior a la de mis compañeros; me hace sentir que hago repaso de los contenidos en la mayoría de las materias, las tareas reflexivas, teóricas o prácticas no representan ningún tipo de reto para mí. Las participaciones que género en clase son más

significativas que la de mis compañeros; puedo referir el tratamiento que realicé con algún menor o plantear algún tipo de lectura que vimos en el programa que en la clase no se ha brindado”.

“Me ha hecho sentir que mis compañeros de clase y mis colegas de universidad no me miran como un estudiante cualquiera, sino como un psicólogo en potencia que está por egresar y que representará algún tipo de competencia o compañerismo”, “Realmente ha sido mucha la diferencia, ya que el centro nos brinda oportunidades que en ninguna clase e incluso en ninguna otra institución podríamos tener. La ventaja de estar en el centro es la formación que te ofrece, CIAEC es una oportunidad de llevar a la práctica toda la teoría que llevamos en clase, es aquí donde toda la teoría se vuelve una realidad”.

Conclusión

A manera de conclusión podemos decir que el resultado positivo de la implementación de estos programas se debe en gran medida a la base teórico-metodológica de sus modelos de atención que, como se pudo observar, coinciden en vincular al estudiante con su entorno para la resolución de problemáticas sociales a través de modelos de formación profesional. Si se desea resumir estos modelos en una sola palabra diríamos que esa palabra es *contacto*. Poner a los alumnos en contacto con la sociedad y sus problemas posibilita el surgimiento de una identidad profesional a partir de las características de los otros. Una identidad que no es ya ni la del alumno ni de la comunidad, sino un punto donde ambos elementos se entrelazan.

Por otro lado, una figura central que sustenta la efectividad y la eficacia del trabajo en la comunidad de los futuros psicólogos es el tutor experto que acompaña la práctica supervisada donde el estudiante se ubica de acuerdo con las competencias del programa en el que se encuentre inmerso; su acción sustantiva es el monitoreo de las prácticas de estudiantes a través de un proceso de andamiaje de novato a experto; contribuyendo al perfil de formación profesional, no solamente en el aspecto teórico-práctico sino también en el manejo actitudinal y emocional, permeado en toda acción directa con el individuo y/o grupo social.

Sin lugar a dudas la práctica del psicólogo es un interés de toda escuela y/o facultad de psicología que pretende ser competente y proveer a través de los diferentes recursos de habilidades para la solución de problemas en la comunidad. Es necesario continuar el trabajo reflexivo y de investigación que promueva la homogenización de las prácticas en los diferentes niveles de formación; siendo un reto el monitoreo constante y el trabajo multidisciplinario con miras al fortalecimiento del quehacer del psicólogo.

Finalmente, es necesario puntualizar que el estudiante que realiza asistencia a la comunidad a través de modelos de formación como los descritos en este capítulo debe cumplir con un perfil de servicio donde el ser humano sea el elemento central en su quehacer; dicho perfil converge en competencias actitudinales tales como la empatía, responsabilidad social, ética, compromiso, auto-conocimiento, desarrollo de inteligencia emocional, mismas que son parte de un proceso de formación personal y profesional; por lo tanto, es compromiso de las instituciones formadoras de psicólogos vigilar a través de un seguimiento continuo los objetivos propios de la disciplina.

Referencias

- Agudelo, M. (2011). Descripción de la dinámica interna de las familias monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 3(1). Manizales, Colombia: Universidad de Manizales.
- Ancer, J. (2012). *Plan de Desarrollo institucional UANL 2012-2020* (1a. ed.). Recuperado de <http://www.uanl.mx/sites/default/files/documentos/universidad/pdi-2020-26abril.pdf>
- Andreozzi, M. (2011) Las prácticas profesionales de formación como experiencias de pasaje y tránsito identitario [En línea] *Archivos de Ciencias de la Educación*, 4a. época, 5(5). Recuperado de memoria académica: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5431/pr.5431.pdf
- Andrew, M.A., Caparrós, C.B. y Rostán, C.S. (2007). Los ámbitos de práctica profesional en los estudios de psicología: presente y futuro. *Revista de enseñanza de la psicología: Teoría y experiencia*, 3.
- ANUIES, (2003). Mercado laboral de profesionistas en México. Diagnóstico (1990-2000). Primera parte. México, ANUIES, *Colección Biblioteca de la Educación Superior*, Serie Investigaciones.
- Benatuil, D. y Laurito, J. (2015). El rol de las prácticas profesionales supervisadas en una muestra de estudiantes de psicología de una universidad de gestión privada argentina. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7: 397-410. Doi: 10.5872/psiencia/7.2.141
- Biggs, J. (2005). Evaluar la Calidad del Aprendizaje. La práctica. En *Calidad del Aprendizaje Universitario*. España: Nacea.
- Campillo, M., Saez, J. y Cerro, F. (2012). Study of Practice and Training of Professionals: A Challenge for Universities. *Revista de Educación a Distancia – Docencia Universitaria en la Sociedad del Conocimiento*, 6 (1): 1-23. Recuperado de <https://www.um.es/ead/reddusc/6/campillo.pdf>
- Cano García, M.E. (2008). La evaluación por competencias en la educación superior profesorado. *Revista de Currículo y Formación de Profesorado*, 12 (3): 1-16. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56712875011>
- Casanova, M., (2011). Supervisión y educación inclusiva. *Revista Avances en Supervisión Educativa*, (num. 14). Recuperado de http://www.adide.org/revista/index.php?option=com_content&task=view&id=291&Itemid=70
- Casares, P. M., Carmona, G. y Martínez-Rodríguez, F. M. (2010). Valores profesionales en la formación universitaria. *Revista Electrónica de Investigación Educativa [número especial]*. Recuperado de <http://redie.uabc.mx/contenido/NumEsp2/contenido-casares.html>
- Castro, S. A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Revista de Psicología y Ciencias afines*: 117-152.
- Clay, M. (2002). *An observation survey of early literacy achievement*. (2a. ed.). Auckland, N.Z: Heinemann.
- Dangil, E. y Cano, A. (2014). *Habilidades sociales*. Recuperado de http://www.bemocion.msssi.gob.es/comoEncontrarmeMejor/guiasAutoayuda/docs/guia_habilidades_sociales.pdf
- Díaz-Barriga, A.F. y Hernández, R.R. (2004). *Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo. Una interpretación constructivista*. México: McGraw Hill.
- Delgado, R. (2012). La práctica profesional como espacio de aprendizaje. Una perspectiva desde el enfoque de eje de la formación inicial universitaria. *CONHISREMI, Revista Universitaria de Investigación y Diálogo Académico*, 8(2).
- González-Ramírez, M.T. y Landero-Hernández, R. (2013). Terapia asistida con animales como apoyo en la reestructuración cognitiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 5 (1): 35-43. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/18046/15519>

- Guajardo, N. y Cavazos, B. (2013). Intervención centrada en soluciones-cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16 (2): 476-503. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi132j.pdf>
- Jaime, M. E., Domínguez, C. y Guillen, M., (2013). Las instituciones de educación superior y su evaluación. *European Scientific Journal*, 9(25): 147-159. Recuperado de <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/1763/1752>
- Juliá, M. (2006). Competencias profesionales del psicólogo educacional: una tarea asociativa. *Revista de Psicología*, 15(2): 115-130.
- Lindsay, G. (2009). Ética profesional y psicología. *Papeles del psicólogo*, 30(2): 184-194.
- Loubat, M. (2005). Supervisión en psicoterapia: una posición sustentada en la experiencia clínica. *Terapia Psicológica*. *Sociedad Chilena de Psicología*, diciembre 23(002). 75-84.
- Macotela, S. (2007). Replanteando la formación de psicólogos: Un análisis de problemas y algunas alternativas de solución. *Enseñanza e investigación en psicología*, 12(1): 5-25. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29212101>
- Martínez-Pichardo, P. J. y Hernández-Oliva, A. V. (2013). Responsabilidad social universitaria: un desafío de la universidad pública mexicana. *Contribuciones desde Coatepec*, 24: 85-103. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28126456001>
- Meza, C. (2011). *Manual de Carrera Licenciatura en Psicología*. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Psicología. Documento recuperado el 20 de enero 2011 de: <http://www.psicologia.uanl.mx/ManualdeCarrera2011.pdf>
- Moral, J., F. López, R., Díaz-Loving y Y. I. Cienfuerzos (2011). Diferencias de género en afrontamiento y violencia en la pareja, *Revista de Psicología de la Universidad Ces*, 4(2): 15-28.
- Moral, J. y F. López, 2012. Modelo recursivo de reacción violenta en parejas válido para ambos sexos. *Boletín de psicología*, 105: 61-74.
- Muñoz, D., Feixas, G., Montesano, A. y Compañ, V. (s.f.). *La entrevista en terapia familiar*. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/44764/6/LA_ENTREVISTA_EN_TERAPIA_FAMILIAR.pdf
- Norzagaray, C. C., Sevillano, M. L. y Valenzuela, B. A. (2012). Estrategias de aprendizaje en estudiantes de psicología. *European Scientific Journal*, 8(28): 102-119. Recuperado de <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/641/703>
- Novella, A., Forés, A., Rubio, L., Costa, S., Gil, E. y Pérez, N. (2012). Innovar en, desde y para el practicum: supervisión y evaluación de la transferencia de competencias. *Revista de Docencia Universitaria*, 10(1): 453-476. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/51191/1/601641.pdf>
- Pérez, J.L. y Urdiales, M. E. (2015). *Aplicación de las nuevas tecnologías en gestión escolar para la formación de psicólogos*. Caso psicología. XXIII Congreso Mexicano de Psicología. Número especial memoria in extenso.
- Pimienta, J.H. (2012). *Estrategias de enseñanza aprendizaje*. Docencia Universitaria Basada en Competencias. Estado de México: Pearson.
- Piña, J. A. (2010). The psychologist's role in the health field: from functions to professional competencies. *Enseñanza e investigación en psicología*, 15(2): 233-255. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215980001>
- Rocha, G. (2013). Impacto, Vulnerabilidad y efectos del secuestro. En: Cerda, P. (1a. ed.), *Percepción y Realidad del Secuestro en Nuevo León* (pp. 121-144). Nuevo León: UANL
- Roe, R. (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo? *Papeles de psicología*, 86: 1-12.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós.

- UABC. (2006, agosto). Estatuto Escolar de la Universidad Autónoma de Baja California. *Gaceta Universitaria*, (170). Recuperado de https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewiS24jdkrHXAhWHqVQKHQJSA sMQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fcimarron.uabc.mx%2Fpdf%2Fposgrado%2Ffestescolar.pdf&usg=AOvVaw0JbnkNCF2NII_AtT2aJmva
- Urdiales, M.E. (2013). Práctica profesional del psicólogo en el ámbito clínico, educativo y organizacional en la UANL. *Revista Mexicana de Psicología*. Número especial Memoria in extenso.
- Urdiales, I. M. E. (2015). Procedimiento de atención a pacientes en una clínica de psicología. *En: Los retos de la psicología en la sociedad contemporánea*. México: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.
- Urdiales, M.E. y Juárez, L.L. (2011). Competencias profesionales del psicólogo clínico de la Facultad de Psicología de la UANL. *Revista Mexicana de Psicología*. Número especial memoria in extenso.
- Urdiales, M.E., Villarreal, P. y Nava R. (2013). Tutoría de Seguimiento para elección de trayectoria curricular en estudiantes de cuarto semestre. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*. Número especial memoria in extenso.
- Valencia, N. (2014). ¿Por qué un nuevo enfoque pedagógico?, (núm 42). *Revista virtual*, Universidad Católica del Corte. Medellín, Colombia,
- Zanatta, E. y Yurén, T. (2012). Professional Education of Psychologists in Mexico: The construction of their disciplinary identity. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(1): 151-170. Recuperado de <http://cneip.org/documentos/10.pdf>
- Zas, B. (2010, mayo). "Supervisión psicológica: estado actual de este tipo de prácticas en Cuba". *Conferencia dictada en la sección de orientación de la sociedad cubana de psicología*.



13

CAPÍTULO

Apego, valores y familismo para la protección individual

Fuensanta López Rosales
José Luis Jasso Medrano

A medida que los individuos crecen van adquiriendo las habilidades para pensar, razonar, y utilizar el lenguaje; también van obteniendo las experiencias básicas, habilidades y emociones que les permiten formar relaciones cercanas e interactuar con los demás de manera efectiva en muchos escenarios (Barón y Byrne, 2005). El estudio de las relaciones interpersonales toma como punto de partida aspectos de la socialización, que se define como el proceso donde se incorporan conductas, roles, normas, valores, conocimientos, creencias y actitudes, a partir de un contexto sociohistórico, que necesita un individuo para comportarse como exige la sociedad (Arnett, 1995; Maccoby, 2007; Simkin y Becerra, 2013).

La familia fundamenta el aprendizaje primario, que inicia y potencia el desarrollo de la estructura bio-psico-social. La escuela, los amigos, afianzan la independencia y socialización y, por lo tanto, el código cultural y normativo del entorno (Gómez-Jacinto y Canto-Ortiz, 2005).

Apego adulto

La teoría del apego ha influido en el estudio de las relaciones interpersonales, en la que los individuos cuentan con un sistema de apego innato que consiste en un programa neural universal en el que se organiza la conducta de los individuos para incrementar las probabilidades de supervivencia y éxito reproductivo ante las demandas del ambiente. Es decir, es una necesidad biológica y un proceso adaptativo que forma parte de la selección natural, donde cada sistema conductual, ontogenéticamente aprendido, incluye un conjunto de conductas intercambiables que constituyen el sistema primario (Bowlby, 1973; Jasso, 2014; Moneta, 2014).

El apego es definido como el vínculo afectivo relativamente perdurable en el que la otra persona es importante como individuo único y no intercambiable, con el que se busca mantener cierta cercanía; se manifiesta a través de un sistema de conducta cuyo fin es la conservación de la proximidad entre el individuo y una o varias personas afectivamente cercanas a él, usualmente concebidas como más fuertes, manifestándose dentro de las relaciones adultas como un estilo de amor producto de las experiencias vividas en la infancia y que han persistido a lo largo de su vida (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1973; Asili y Pinzón, 2014).

Por lo tanto, un buen funcionamiento del sistema de apego facilita la formación de lazos afectivos entre los sujetos apegados. Este sistema ejerce cuatro funciones principales: a) búsqueda de proximidad; b) refugio seguro ante amenazas; c) base segura para la exploración; y d) distrés por la separación. Comúnmente la madre es la primera figura de apego, mientras que en la edad adulta el prototipo de esta relación es la pareja (Asili y Pinzón, 2014; Bowlby, 1973).

Diversos autores encontraron que los estilos de apego son importantes en las relaciones interpersonales. Empezaron a proponer que las relaciones románticas también se podían entender como relaciones de apego (Hazan y Shayer, 1987), relacionándose con el funcionamiento (Feeney y Noller, 1990) y encontrando cierto paralelismo del apego adulto con el que se observa en la infancia (Shaver y Brennan, 1992). En la actualidad, diversos estudios siguen encontrando relaciones interesantes entre los estilos de apego y las relaciones de pareja (Asili y Pinzón, 2014; Contreras, González, Alfaro, Araya y Jiménez, 2016; Jasso, 2014; Padilla y Díaz-Loving, 2014).

La teoría etológica, inicialmente propuesta por Bowlby (1982), sugiere una opinión alternativa de apego. De acuerdo con esta teoría, los niños nacen con un conjunto de conductas que provocan el cuidado de los padres y de esa manera incrementan las posibilidades de sobrevivir del pequeño. A

medida que los niños emiten esas conductas, provocan la atención y conducta de cuidado de parte de los adultos. A su vez, esto forma las bases para el desarrollo de vínculos recíprocos de apego, siendo las primeras relaciones humanas las que sientan las bases de la personalidad del niño (Bowlby, 1982, 1993).

El comportamiento vincular tiene una doble función: la primera de estas funciones es la de protección y la segunda de la socialización. Este vínculo se convierte en un factor tan importante en la estructuración de la personalidad del ser como la nutrición en su vida física (Bowlby, 1982, 1993). Las teorías del desarrollo emocional no excluyen la relación entre el aspecto psíquico y ambiental para la determinación del aprendizaje social, pero en este caso se trata de un paso más que tiene su origen en la organización y estructura grupal. El núcleo social sería el primer núcleo de aprendizaje para el sujeto infantil; incorpora pautas básicas culturales y sociales, con relación a vínculos y lazos afectivos muy próximos. El grupo de aprendizaje representa un mayor avance al tratar de conseguir metas sociales más amplias que las de la familia. Basándose en tareas que tienen que ver con objetivos institucionales el sujeto accederá a esquemas conceptuales, culturales con carácter simbólico, que habrá de hacer propios mediante los vínculos que vaya estableciendo sucesivamente (Fontecha-Fresno, 1993).

Teorías de socialización y desarrollo emocional

Desde el punto de vista de la socialización, una de las teorías psicológicas que explican cómo aprendemos a ser sociales, la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, afirma que todo lo que pueda aprenderse de forma directa también puede aprenderse observando a los demás; fijarse en otros abrevia el aprendizaje: si solo confiara uno en sus propias acciones para aprender, la gran mayoría de nosotros nunca sobreviviría el proceso de aprendizaje. Es fácil deducir que adquirimos nuevas conductas observándolas en otras personas. A este procedimiento se le conoce como aprendizaje por observación, modelamiento, imitación o aprendizaje social (Bandura, 1977; Bandura y Walters, 1979; Nieto et al., 2015).

La teoría de Bandura tiene dos aspectos importantes, ambos demostrados experimentalmente. Primero diferencia lo que es el aprendizaje de una conducta, de su ejecución. El segundo aspecto importante de la teoría es que dicha realización depende más del éxito o fracaso conseguido por la persona a la que se observa que por el esfuerzo que recibe el observador. La realización de la conducta se basa en la imitación de otras personas, las cuales pasan a ser posibles modelos de comportamiento para el sujeto (Bandura, 1977; Bandura y Walters, 1979).

Fontecha-Fresno (1993) menciona que un concepto integrado de aprendizaje incorpora determinadas variables que contribuyen al proceso de salud integral de un sujeto. Pero lo biológico solo se promueve a partir de la relación madre-hijo. De la calidad de la primera relación depende la significación del objeto de amor. Cuando el niño llega a la escuela comienza una etapa de "inicio de socialización formal".

Así pues, si consideramos que la escuela es una institución fundamental para el proceso formal de socialización, esta pasa a ser intermediaria de la institución familiar y la sociedad. Por lo tanto, hay que vehicular o potenciar el despegue del vínculo establecido entre el niño y su familia, para que haga posible su desarrollo emocional cognitivo, ligado a intereses sociales más amplios que los que existen en el entorno familiar. Aprendizaje y socialización son, pues, dimensiones complementarias e inseparables, y tanto la institución familiar como la educativa contribuyen a potenciar

e instrumentar ambas dimensiones. La familia establece los cimientos de la socialización por medio de pautas básicas de aprendizaje, en torno a los vínculos familiares que se van estableciendo a partir de la madre (Fontecha-Fresno, 1993).

Dentro del estudio de la interacción social existen varias teorías que se han utilizado para explicar las relaciones sociales. Una de ellas es la propuesta por William Schutz (1966) quien desarrolla una teoría de comportamiento interpersonal. Schutz parte de la base de una estricta correlación entre el individuo y los grupos, concibe al individuo como un grupo en el que aquel se esfuerza por erigirse en líder, y que está constituido por partes procedentes de todas las personas. Así como ciertos grupos parecen dominados por uno de sus miembros, un individuo puede estar dominado por una persona en particular; así como en la conducta grupal influyen fuerzas exteriores, las relaciones personales externas de un individuo gravitan en la interacción de las influencias que recibe. Así como, a veces, un grupo actúa como si fuera víctima de la discrepancia, así también la conducta del individuo refleja a veces sus conflictos internos; el grado de integración de un individuo varía como varía el grado de cohesión de un grupo, y el individuo, igual que el grupo, puede llegar al estancamiento y la falta de productividad (Pennington, Gillen y Hill, 2016; Schutz, 1966).

La teoría se denomina orientación fundamental de relaciones interpersonales (OFRI) que, como su nombre lo indica, intenta explicar el comportamiento interpersonal en términos de orientación hacia otros y sostiene que las personas se orientan hacia otros en ciertos patrones característicos que son los que determinan principalmente el comportamiento interpersonal (Furnham y Crump, 2015; Schutz, 1966).

El sistema de apego

Las figuras de apego adulto se centran en las funciones de refugio seguro y base segura. Como refugio seguro proporcionan protección ante las amenazas y calman los miedos y conflictos de su pareja. La función de base segura es proveer de seguridad a la pareja para que esta pueda explorar el ambiente e involucrarse en actividades que favorezcan su crecimiento personal (Bowlby, 1982; Nielsen et al., 2017). Mientras que en niños y niñas el distrés por la separación se manifiesta comúnmente por llanto, ansiedad y agitación; las reacciones de los adultos son menos claras e incluyen depresión, pérdida del apetito y perturbación del sueño. Sin embargo, algunos estudios reportan reacciones de protesta por la separación en adultos que han perdido a sus parejas similares a las observadas en los infantes (Mikulincer y Goodman, 2006; Mikulincer y Shaver, 2012).

El sistema de exploración es lo opuesto al sistema de apego y se activa ante el componente básico de la naturaleza humana que le motiva a conocer el ambiente que le rodea. En los adultos esta necesidad de exploración se manifiesta a través del trabajo hacia metas personales o el conocer nuevos amigos. Investigaciones recientes demuestran que el apoyo recibido por las figuras de apego para explorar nuevos ambientes, tiene implicaciones importantes para el logro de las metas personales, bienestar personal y buen funcionamiento de la relación (Brunstein, 1993; Mikulincer y Goodman, 2006; Newman et al., 2015).

Mientras que el sistema de apego funciona para reducir las amenazas contra sí mismo, el sistema de protección reduce el riesgo de que alguien cercano sufra algún daño. El sistema de protección alerta a los individuos sobre las necesidades de otros y los motiva a brindar asistencia, protección y confort a quienes son crónica o situacionalmente dependientes de ellos (Mikulincer y Goodman, 2006; Newman et al., 2015; Pascuzzo, Cyr y Moss, 2013).

Apego y funcionamiento familiar

Bowlby (1969,1988) y Bretherton (1985) sugirieron que los infantes tienen un sistema innato de apego encargado de mantener una homeostasis entre ellos y su medio ambiente familiar. Cabe destacar que no todos los niños desarrollan el mismo apego con sus cuidadores, y por tal motivo el funcionamiento familiar no es el mismo (Harvey y Byrd, 2000). La relación con el cuidador primario establece el estilo o tipo de apego, y este tipo de apego es extendido a los otros miembros de la familia (Marris, 1982 citado en Harvey y Byrd, 2000). Además, el individuo usualmente mantiene el patrón de apego estableciéndolo en sus relaciones de la infancia, la adolescencia y siendo adulto. (Groh et al., 2014; Harvey y Byrd, 2000; Hazan y Shaver, 1994).

El funcionamiento familiar se refiere a los patrones de comportamiento de la familia que determinan su estabilidad, orden, funcionalidad y bienestar, siendo la interacción entre sus miembros la vía de acceso para su estudio. A través de esta, se desarrollan una serie de situaciones que afectan al individuo, así como a la pareja y a los hijos, cosa que facilita al estudio o relación de factores vinculadas a ella (Alarcón, 2017; García, Rivera, Díaz-Loving y Reyes, 2006; Moral, López-Rosales y Jasso, 2013).

En la familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento, que se puede ver como una instancia mediadora entre el individuo y la sociedad (Zaldívar, 2009). Palomar (1998) lo define como el conjunto de patrones de comportamiento del sistema familiar que rigen el estilo de vida y promueven su funcionalidad o disfuncionalidad. Se define como la forma de relación en la que interactúan los miembros de una familia, que puede ser funcional o disfuncional (Padilla y Diaz-Loving, 2011). Se considera una familia funcional cuando están presentes características como: comunicación clara y directa, definición de roles, autonomía de los integrantes, cohesión, solidaridad entre sus miembros y habilidad para resolver problemas (Ponzetti y Long, 1986).

Algunas características del funcionamiento familiar saludable son: 1) la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales; 2) la transmisión de valores éticos y culturales; 3) la promoción y facilitación del proceso de socialización; 4) el establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital; 5) el establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social); y 6) la creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual (Zaldívar, 2009; Verde, Rivera, Díaz Loving, y Montero, 2011).

La familia es un factor importante para determinar algunos factores individuales y psicológicos (Palomar, 1998). Es uno de los temas de estudio con más relevancia para permitirnos valorar los distintos conflictos sociales o de salud que se presentan en la población, como es la disfuncionalidad familiar siendo un factor importante en otras problemáticas actuales en el país, como es la delincuencia o las adicciones (Ruiz-Martínez et al., 2014).

Se ha encontrado que el funcionamiento familiar predice muchos aspectos del tipo de patrones adaptativos o no adaptativos del individuo y que el tener un estilo de apego seguro hace que se perciba una relación y un funcionamiento familiar positivo, se dirige a alcanzar relaciones estables y similares a las que percibían en su casa (Harvey y Byrd, 2000; Schleider y Weisz, 2017).

Valores y familismo

Los valores están presentes en cada uno de los cuatro grandes sistemas de acción humana: el organismo, la personalidad, la sociedad y la cultura (Hirsch, 1999). Schwartz (1992, 2001, 2007) los define como metas deseables y transituacionales, que varían en importancia y sirven como principios guía en la vida de una persona o de otra entidad social.

En el caso de los cambios sociales rápidos que existen actualmente, la integración de los valores se ve sometida a tensiones específicas. Estas se buscan subsanar a través de variables como el familismo, que se define como una fuerte identificación y apego de los individuos a sus familias nucleares y extendidas; incluyendo sentimientos fuertes de lealtad, reciprocidad, integración y solidaridad entre sus miembros y apoyo intra e intergeneracional, anteponiendo el grupo al individuo (Gombao, Sánchez y Pérez, 2014; Sabogal, Marin, Otero-Sabogal y Perez-Stable, 1987; Triandis, Marín, Betancourt, Lisansky y Chang, 1982).

El familismo ayuda a superar los cambios sociales que comprometen a los valores porque permite que el individuo tome como referencia a su familia, se comprometa con ella y preserve los valores con los que cuenta (Hernández y Bámaca-Colber, 2016; Schwartz, 2007). Esto implica, como menciona Garzón (1998), que el familismo es un concepto analítico desarrollado a partir de la década de los setenta para interpretar el cambio de las actitudes sociales hacia los valores familiares, lo cual hace que se encuentren implicados.

El familismo se define como el conjunto de creencias normativas que son vistas como las obligaciones para con la familia, el honor por los mayores, el soporte familiar (German, Gonzales, y Dumka, 2009). Es un término que generalmente es considerado una característica distintiva de la cultura hispana y se define en términos muy generales como el hecho de priorizar a la familia sobre la persona misma (Schwartz, 2007). La familia como referente que se define como la creencia de que las conductas de miembros de la familia deben cumplir con las expectativas familiares. También se entiende por familismo a la estrategia basada en la solidaridad y apoyo entre generaciones de la familia (Albertini, 2010).

El familismo, como actitud, ha sido definido como un valor cultural que involucra una fuerte identificación del individuo y apego con su familia nuclear y extensa, además de fuertes sentimientos de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre los miembros de la misma familia (Herrera, Rivera, Díaz-Loving y García, 2010). El familismo, considerado un valor cultural alcéntrico, enfatiza los apegos, reciprocidades y lealtades de todos los miembros de la familia más allá de las fronteras de la familia nuclear; se comprenden a través de otros, enfatizan las relaciones sociales e iluminan las metas de grupo más que las individuales; las fronteras de la familia incluyen familiares cercanos y amigos de familiares, tienden a estar emocionalmente muy cercanas y, a menudo, viven juntos en la misma casa o vecindad y funcionan interdependientemente (Andrés-Hyman, Ortiz, Añez, Paris y Davidson, 2006; Campos y Shenhay, 2014).

Método

Participantes

El presente estudio se dividió en dos etapas. En la primera se buscó la relación entre el familismo y los valores, para lo cual se contó con 103 hombres y 112 mujeres voluntarios, con un promedio de 34 años ($DE = 10.8$). La escolaridad más frecuente fue licenciatura y la mayoría se ocupan como empleados. Gran parte de la muestra (94%) son personas casadas que tienen 2 hijos en promedio de un rango de 1 a 8, y la mayoría viven una relación de pareja.

Para la segunda se seleccionó una muestra no probabilística considerando un nivel de confianza del 95% con un error de estimación de cinco por ciento. Se incluyeron en la muestra 460 sujetos, hombres y mujeres, al final contestaron el instrumento 460 sujetos (100%) del total de la muestra. De estos, 236 (51.3%) son mujeres y 218 (47.4%) son hombres, el 30.7% son solteros y el 58.3% son casados.

Instrumentos

Escala de Apego o Cuestionario de Relación de Bartholew y Horowitz (1991); este instrumento originalmente consta de 36 ítems divididos en: cuatro párrafos de 2 o 3 frases que identifican los cuatro tipos de apego adulto como son seguro, evitación, ambivalente y temeroso. Es una escala Likert que va de 1 al 7, donde el 1 = significa "Totalmente en desacuerdo", 2 = "Bastante en desacuerdo"; 3 = "Un poco en desacuerdo"; 4 = "Ni desacuerdo/ ni de acuerdo"; 5 = "Un poco"; 6 = "Bastante de acuerdo"; 7 = "Totalmente de acuerdo". En relación al instrumento, Martínez Stack (1994) utilizó la Entrevista de Apego para el Adulto, una técnica que representa los modelos de funcionamiento internalizados del adulto (es decir, sus sentimientos y actitudes actuales con respecto a dichas relaciones); obteniendo los siguientes patrones:

- a) Seguro/autónomo: Un adulto seguro (descrito como autónomo) valora el apego y es capaz de hablar de él en forma coherente y realista. Solo ha tenido relaciones positivas con sus padres, le reconocen y aceptan sus imperfecciones. Si ha tenido una infancia difícil o de maltrato, puede reconocer lo poco placentero de su experiencia y ha llegado a entenderla, asimismo puede establecer nuevas e importantes relaciones.
- b) Evasivo/rechazante: los adultos evasivos o rechazantes minimizan la importancia de las relaciones íntimas. Pueden idealizar sus experiencias infantiles sin ser capaces de proporcionar detalles que los sustenten o, de hecho, dar ejemplos contradictorios. Algunos pueden hablar de experiencias negativas pero sin reconocer sus efectos. Intentan limitar las influencias del apego en ellos mismos con cierta incapacidad para intimidar y efectuar rechazos significativos.
- c) Dependiente/preocupado: los adultos preocupados persisten en mantener vigentes los viejos pleitos con los padres, la falta de un sentido de identidad personal para con los padres y familiares; además son incapaces de evaluar su propio rol en las relaciones. Tampoco son capaces de tener una visión general y objetiva de sus primeras experiencias, ni de sus interacciones actuales: tienden a referirse solo a los detalles.
- d) Desorganizado/indeciso: esta categoría es menos consistente. Sin embargo, los adultos en la categoría de "desorganización" refieren una aflicción no resuelta producida por la pérdida de una figura de apego. Esta pérdida puede ser física y deberse a muerte o al divorcio,

o puede ser una pérdida de confianza debida al abuso o descuido. La aflicción inicial se caracteriza por experiencias desorganizadoras y desorientadoras. La aflicción no resuelta se infiere porque el individuo sintomáticamente muestra una desorganización cognoscitiva que se hace evidente con mostrarse incrédulo ante la pérdida y persistiendo en sentimientos de culpa inapropiados.

Hazan y Shaver (1987): en su escala de actitudes hacia las relaciones en general, mencionan tres tipos: 1) Seguridad; 2) Inseguro/ansioso/ambivalente; y 3) Evitante. Por ejemplo, una actitud de seguridad incluye ítems como: "Me es relativamente fácil acercarme a otros y me siento a gusto dependiendo de ellos y que ellos dependan de mí". "No me preocupo a menudo ser abandonado(a) o que alguien se acerque demasiado a mí". Una actitud de inseguridad incluye ítems como: "Siento que los otros evitan acercarse a mí tanto como yo quisiera". "A menudo me preocupa que mi pareja no me ame en realidad o no quiera estar conmigo". "Me gustaría compaginar completamente con otra persona, y siento que este deseo algunas veces ahuyenta a la gente". Finalmente, una actitud evitante incluye ítems como: "Siento disgusto al estar cerca de otros; es difícil que crea y dependa completamente en ellos". "Me siento nervioso cuando alguien se acerca demasiado, y por lo general mis parejas amorosas quieren mayor intimidad, lo cual no me hace sentir bien".

Escala de Familismo de Lugo y Contreras (2003): está conformada por 18 ítems con un formato tipo Likert con un rango de 10 puntos (de 1 "totalmente en desacuerdo" a 10 "totalmente de acuerdo"). A mayor puntuación se halla más definido el rasgo del familismo. El familismo se define como aceptación y seguimiento de valores culturales que ponen a la familia como centro fundamental de apego e identidad, implicando fuertes sentimientos de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre los miembros de la familia nuclear y extensa. En el familismo se acentúa la importancia de los otros, la confianza, el respeto a las personas mayores y la responsabilidad de cuidar a los otros miembros de la familia, particularmente a los niños (Herrera, Rivera, Díaz-Loving, y García, 2010). El instrumento se compone de cuatro factores: apoyo familiar con 5 indicadores (ítems 1, 4, 5, 6 y 11) con consistencia interna adecuada ($\alpha = .69$), interconectividad familiar con 5 indicadores (ítems 2, 3, 8, 9, 10) con consistencia interna alta ($\alpha = .86$), honor familiar con 4 indicadores (ítems 7, 12, 13 y 14) y consistencia interna alta ($\alpha = .86$), honor familiar con 4 indicadores (ítems 7, 12, 13 y 14) y consistencia interna baja ($\alpha = .55$) y subyugación personal por la familia con 4 indicadores (ítems 15, 16, 17 y 18) y consistencia interna baja ($\alpha = .53$) (Lugo y Contreras, 2003).

Cuestionario de Descripciones Valóricas de Schwartz (1992): consta de 40 ítems con un formato tipo Likert con un rango de 6 puntos (de 1 "no se parece nada a mí" a 6 "se parece mucho a mí"). Evalúa metas, aspiraciones o deseos de la persona. Cuenta con 10 factores: autodirección, búsqueda del poder, universalismo, motivo de logro, seguridad personal, búsqueda de sensaciones, conformismo, tradición, hedonismo y benevolencia.

En el caso de la escala de valores, la apertura al cambio frente a la conservación, agrupa los valores en función de si comparten una cierta inclinación al cambio o si se interesan por conservar el estatus, enfatizan la independencia de pensamiento y acción y el deseo y apertura a nuevas experiencias. Dentro de estos valores se incluyen:

- a) Autodirección: definido como pensamiento independiente y elección de la acción, creatividad, exploración.
- b) Estimulación: definido como entusiasmo, novedad y cambios en la vida.
- c) Hedonismo: entendido como placer y gratificación sensorial para uno mismo, indulgencia a los propios deseos.

- d) Poder: definido como autoridad, riqueza, poder social, preservar mi imagen pública, reconocimiento social.
- e) Logro: que se define como ambicioso, capaz, triunfador, influyente, inteligente.
- f) Universalismo: entendido como igualdad, justicia social, belleza, paz unión con la naturaleza, sabiduría, protector del medio ambiente, abierto, armonía interior.
- g) Benevolencia: definido como honesto, servicial, leal, responsable, perdón, amistad verdadera, amor maduro, sentido en la vida, una vida espiritual, fomentar el bienestar de las personas cercanas.

Procedimiento

Las personas fueron invitadas a participar en el estudio en vías públicas, visita domiciliaria y lugares de trabajo. Primero se explicaban los objetivos de la investigación y en qué consistía la participación. Se garantizaba la confidencialidad y anonimato de las respuestas. Así se atendió a las normas de investigación de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007). La escala fue autoaplicada. Antes de recoger el instrumento de evaluación se revisaba que estuviera completamente contestado. En caso contrario, se motivaba al participante a que lo completase.

Análisis estadístico

En primer lugar se utilizó el alfa de Cronbach para revisar la consistencia interna del instrumento de apego, siendo una prueba muy completa debido a su elevada sensibilidad para detectar fuentes de error de medición atribuibles al muestreo de factores situacionales así como de contenido de los reactivos y saber si es confiable. Finalmente, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación de tipo varimax para conocer sus propiedades psicométricas. En segundo lugar, se realizaron los respectivos análisis para poder medir la relación entre las variables de familismo y valores. Se utilizó el análisis de correlación producto-momento de Pearson.

Resultados

Análisis factorial exploratorio del instrumento de apego

En primer lugar, se examinó la fiabilidad de la escala de apego a través del alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0.92, es decir la consistencia interna del instrumento utilizado es altamente aceptable. Se utilizó el alfa de Cronbach porque es una prueba muy completa debido a su elevada sensibilidad para detectar fuentes de error de medición atribuibles al muestreo de factores situacionales, así como de contenido de los reactivos y saber si es confiable (véase tabla 13.1).

Tabla 13.1 Análisis de consistencia interna de la Escala de Apego.

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | Núm. de elementos |
|------------------|--|-------------------|
| .914 | .924 | 36 |

La evaluación de validez de esta escala se inició con un análisis factorial de componentes principales con rotación de tipo varimax, con el fin de estudiar la estructura factorial de la escala del instrumento en esta muestra poblacional de adultos compuesta de hombres y mujeres. Tomando en cuenta que el índice de adecuación muestral Kaiser Meyer Olkin para la escala de apego fue significativo 0.83 y una correlación significativa de .00, es decir, que indicaron ajuste en el análisis factorial y adecuación entre el número de sujetos participantes en relación con la cantidad de reactivos analizados (ver tabla 13.2).

Tabla 13.2 Análisis factorial de componentes principales.

| Prueba de análisis factorial | | Estadístico |
|---|-------------------------|-------------|
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin | | .834 |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | Chi-cuadrado aproximado | 2968.811 |
| | gl | 91 |
| | Sig. | .000 |

Los resultados mostraron una correspondencia, de 36 del total de los ítems se excluyeron por la eliminación a 22 ítems (entre ellos 1, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 33) por el criterio del análisis factorial, por recibir saturaciones muy bajas (<.40), (<.50), agrupándose en las saturaciones más altas. En cuanto al ajuste ofrecido por esta estructura factorial, puede observarse que las cargas resultaron superiores a (<.58) en algunos de los casos, elevándose por encima de (<.82). Es decir, las comunalidades obtenidas superaron ampliamente el límite de .50, en el ajuste de la eliminación de ítems, hecho que refuerza la conclusión anterior (ver tabla 13.3). Se puede observar que la comunalidad de la V10 es de 0.829 es la más alta, es decir, el análisis factorial ha explicado el 82.9% de su varianza y la V7 de 0.584 explica el 58.4% de su varianza, quiere decir que es adecuada a pesar de que es la más baja.

Tabla 13.3 Análisis de comunalidades.

| | Extracción |
|---|------------|
| 1. Me preocupa que me abandonen. | .699 |
| 2. Me siento muy cómodo/a teniendo un alto grado de intimidad con mi pareja. | .661 |
| 3. Cuando mi pareja empieza a establecer mayor intimidad conmigo, me doy cuenta de que me suelo cerrar. | .696 |
| 4. Me preocupa bastante el hecho de perder a mi pareja. | .683 |
| 5. A menudo quiero fusionarme completamente con mi pareja, me doy cuenta de que esto a veces le asusta. | .648 |
| 6. Me pongo nervioso/a cuando mi pareja consigue demasiada intimidad afectiva conmigo. | .608 |
| 7. A veces mi deseo de excesiva intimidad asusta a la gente. | .584 |
| 8. Intento evitar establecer un grado de intimidad muy elevado con mi pareja. | .650 |
| 9. Si no puedo hacer que mi pareja demuestre interés por mí, me disgusto o me enfado. | .709 |
| 10. Creo que mi pareja no quiere tener tanta intimidad afectiva conmigo como a mí me gustaría. | .829 |
| 11. Me siento frustrado/a si mi pareja no está disponible cuando la necesito. | .592 |

| | Extracción |
|--|------------|
| 12. Cuando mi pareja me critica, me siento muy mal. | .600 |
| 13. Recorro a mi pareja para muchas cosas, entre otras, consuelo y tranquilidad. | .731 |
| 14. Me tomo a mal que mi pareja pase tiempo lejos de mí. | .753 |

Finalmente, podemos observar en la tabla 13.4 una estructura factorial con una solución de cuatro factores que presenta los autovalores iniciales para el análisis, así como porcentaje de varianza total explicada (67.4%) que aparece como adecuada dado que los criterios más exigentes en este tipo de análisis multivariante aconsejan proporciones iguales o superiores al 60% (Hair et al., 1999).

Tabla 13.4 Resultados de la extracción de los componentes y su varianza total explicada.

| | Autovalores iniciales | | | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | | | Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación | | |
|----|-----------------------|-------|--------|--|-------|-------|---|-------|-------|
| | Total | % v | % a | Total | % v | % a | Total | % v | % a |
| 1 | 5.36 | 38.27 | 38.27 | 5.36 | 38.27 | 38.27 | 4.04 | 28.84 | 28.84 |
| 2 | 1.73 | 12.36 | 50.63 | 1.73 | 12.36 | 50.63 | 2.26 | 16.11 | 44.95 |
| 3 | 1.29 | 9.23 | 59.87 | 1.29 | 9.23 | 59.87 | 1.58 | 11.25 | 56.20 |
| 4 | 1.06 | 7.58 | 67.45 | 1.06 | 7.58 | 67.45 | 1.58 | 11.25 | 67.45 |
| 5 | .801 | 5.72 | 73.17 | | | | | | |
| 6 | .682 | 4.87 | 78.04 | | | | | | |
| 7 | .582 | 4.16 | 82.19 | | | | | | |
| 8 | .525 | 3.75 | 85.94 | | | | | | |
| 9 | .475 | 3.39 | 89.33 | | | | | | |
| 10 | .429 | 3.07 | 92.40 | | | | | | |
| 11 | .402 | 2.87 | 95.27 | | | | | | |
| 12 | .357 | 2.55 | 97.82 | | | | | | |
| 13 | .166 | 1.18 | 99.00 | | | | | | |
| 14 | .140 | 1.00 | 100.00 | | | | | | |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Nota: % v = Porcentaje de la varianza; % a = Porcentaje acumulado.

Análisis de los valores en relación al familismo

En primer lugar, se realizaron los respectivos análisis descriptivos de la muestra divididos entre ambos sexos. En los hombres, el valor que puntuó más alto fue el de benevolencia, seguido de auto-dirección y universalismo. Los valores que puntuaron menos fueron poder y tradición. En el caso de las mujeres, reportaron una puntuación mayor en los valores de benevolencia, universalismo y apertura, siendo el menos puntuado el de poder y estimulación (véase tabla 13.5).

Tabla 13.5 Análisis descriptivos de los valores en hombres y mujeres.

| | | Hombres | | Mujeres | |
|-----------------------------|---------------|---------|------|---------|------|
| | | M | DE | M | DE |
| Apertura | Autodirección | 5.70 | .810 | 5.58 | .819 |
| | Estimulación | 5.35 | 1.04 | 5.01 | 1.04 |
| Conservación | Seguridad | 5.42 | .867 | 5.49 | .801 |
| | Conformidad | 5.36 | .779 | 5.55 | .679 |
| | Tradición | 5.08 | .767 | 5.05 | .893 |
| Autobeneficio | Poder | 4.91 | .839 | 4.51 | 1.08 |
| | Logro | 5.45 | .893 | 5.25 | .999 |
| Autotras- cendencia | Universalismo | 5.63 | .851 | 5.67 | .715 |
| | Benevolencia | 5.73 | .738 | 5.69 | .790 |
| Apertura y autobeneficio | Hedonismo | 5.59 | .948 | 5.38 | 1.06 |

Rango = 1-6.

Para analizar la relación de los valores con el familismo, los resultados se analizaron mediante correlaciones de producto-momento de Pearson por sexo (ver tabla 13.6). Los hombres presentan más relaciones significativas que las mujeres. Las relaciones más altas en los hombres fueron entre la subyugación personal y seguridad, subyugación personal y conformidad, y tradición con la interconectividad familiar. En las mujeres se encontraron en interconectividad familiar y conformidad, y con el honor familiar con el valor de la tradición.

Tabla 13.6 Análisis de correlación del familismo y valores entre sexos.

| | Hombres | | | | Mujeres | | | |
|---------------|---------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Autodirección | .18 | .21* | .09 | .21* | .01 | .11 | .02 | .05 |
| Estimulación | .21* | .09 | .08 | .20* | .07 | -.09 | .16 | .23* |
| Seguridad | .25* | .24* | .21* | .41** | .13 | .28** | .22* | .13 |
| Conformidad | .26** | .32** | .27** | .37** | .07 | .40** | .19 | .16 |
| Tradición | .37** | .35** | .20 | .27** | .07 | .12 | .35** | .31** |
| Poder | .01 | -.01 | .30** | .20 | -.02 | -.12 | -.08 | .05 |
| Logro | .06 | .03 | .03 | .22* | .03 | -.08 | .01 | .12 |
| Universalismo | .17 | .26* | .11 | .31** | -.06 | .26** | .04 | .06 |
| Benevolencia | -.07 | .15 | -.02 | .19 | .01 | .31 | .07 | -.02 |
| Hedonismo | .29* | .23* | .02 | .29* | .03 | .21* | .14 | .13 |

Nota: * $p < .05$; ** $p < .001$.

1 = Apoyo familiar; 2 = Interconectividad familiar; 3 = Honor familiar; 4 = Subyugación personal.

Discusión

En primer lugar, con el fin de analizar la escala, se tuvo el propósito de evaluar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Apego. Este análisis permitió abordar la consistencia interna, la validez, la estructura factorial, por lo que se cumple el objetivo, ya que el análisis de confiabilidad y validez son adecuadas y elevadas y generarán un aporte a la investigación de las relaciones afectivas de las parejas. El estudio demostró que el Cuestionario de Relación, es un instrumento cimentado para las características poblacionales extranjeras, es una herramienta que bajo ciertas adaptaciones logra evaluar de manera válida y confiable la cultura mexicana en las relaciones de apego de los hombres y mujeres adultos.

Los resultados del análisis factorial permiten evidenciar la validez que tiene este instrumento para ser aplicado en la población estudiada, ya que mostraron una correspondencia entre los análisis psicométricos, por lo que se concluye que los resultados de este estudio indican que la Escala de Apego o Cuestionario de Relación de Bartholew y Horowitz (1991) aplicada a los hombres y mujeres en Nuevo León posee unas adecuadas propiedades psicométricas.

En segundo lugar, se realizó el análisis de relación entre el familismo y los valores. Se encontraron correlaciones significativas entre las variables en hombres y mujeres. De manera general se puede afirmar que se favorece la cercanía emocional y el ceder ante la familia; como asegura Marín (1993), el familismo impacta en la dependencia y confianza en otros y en el sentido de obligación hacia ellos, haciendo la relación del individuo con su familia un escudo protector de los valores que se consideran importantes. Y como el familismo, en un sentido genérico, se refiere a la creencia (cada vez más extendida) de la importancia de la familia, por lo tanto, se resalta la necesidad de desarrollar programas de apoyo y defensa de la institución familiar (Campos et al., 2014; Fisher et al., 2017; Popenoe, 1994).

La determinación psicológica y social constituye una referencia sobre el entendimiento del rol que cumple la familia en su relación con la salud (Cid, Montes de Oca y Hernández-Díaz, 2014; Louro-Bernal, 2003). Por lo tanto, dentro de los factores de riesgo, se considera a la familia como uno importante. Hay evidencia que relaciona el consumo excesivo de alcohol y drogas con el mantenimiento de valores como la búsqueda de placer y estimulación (Pons y Berjano, 1999; Ruiz, Lozano y Polaino, 1994; Strunin et al., 2015; Tamayo, Nicaretta y Ribeiro, 1995; Saiz y Martínez, 2010), los valores de la dimensión apertura al cambio hacen referencia a nuevas emociones y a la búsqueda de placer inmediato, mientras que el no consumo de sustancias se relaciona con la aceptación de tradiciones, normas y convenciones sociales (Campos et al., 2014; Fisher, 2017; Ruiz et al., 1994; Tamayo et al., 1995; Saiz y Martínez, 2010), como lo indican los valores de la dimensión conservación que hacen referencia a un estilo de vida que excluya situaciones estimulantes y de riesgo, que enfatiza el autocontrol (Schwartz, 2001). El papel de la familia como modeladora de los valores que contribuyen a la salud y bienestar de los participantes, protegiéndolos de las diferentes amenazas del medio ambiente. Aparentemente, el familismo ayuda a las personas a protegerse del estrés emocional y físico por medio del sistema de apoyo natural, como los valores familiares (Cohen, 1979; Grebler, Moore y Guzman, 1970; Mannino y Shore, 1976; Pfoertner et al., 2014; Strunin et al., 2015; Valle y Martínez, 1980).

En conclusión, el análisis del apego, el familismo y los valores son aspectos de gran importancia, por lo que se requiere seguir investigando. El presente estudio reclutó una muestra no probabilística, por lo que las conclusiones derivadas deberán considerarse como hipótesis en la población de estudio según las características sociodemográficas de la muestra, se recomienda profundizar la investigación en contraste de las distintas poblaciones de interés. Por otra parte, el estudio fue realizado a través de instrumentos de autoinforme, por lo que se recomienda en futuros proyectos un enfoque a la par de más tipos de mediciones y/o enfoques de investigación para conocer más el panorama de la población en relación al fenómeno de estudio.

Referencias

- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4): 709-716.
- Alarcón, R. (2017). Funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 3(1): 61-74.
- Albertini, M. (2010). La ayuda de los padres españoles a los jóvenes adultos. El familismo español en perspectiva comparada. *Revista de Estudios de Juventud*, (90): 67-81.
- Andrés-Hyman, R., Ortiz, J., Añez, L., Paris, M. y Davidson, L. (2006). Culture and clinical practice: Recommendations for working with Puerto Ricans and other latinas(os) in the United States. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(6): 694-701.
- Arnett, J.J. (1995). Broad and narrow socialization: The family in the context of a cultural theory. *Journal of Marriage and the Family*, 57: 617-628.
- Asili, N. y Pinzón, B. K. (2014). Relación entre estilos parentales, estilos de apego y bienestar psicológico. *Psicología y Salud*, 13(2): 215-225.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. y Walters, R.H. (1979). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Universidad.
- Barón, R. y Byrne, D. (2005). *Psicología social*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Bartholomew, K. y Horowitz (1991). Attachment style among young adults: A test of a four - category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61: 226-244.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment* (vol. 1). Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. vol. 2: Separation: anxiety and anger*. Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: 1. Attachment* (2a. ed.). Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton y F. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research: Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2, Serial núm. 209): 3-35.
- Brunstein, J. C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 65(5): 1061-1070.
- Campos, B., y Shenhav, S. (2014). Relationships in multicultural contexts. In *Perspectives on the Intersection of Multiculturalism and Positive Psychology* (pp. 93-105). Dordrecht: Springer.
- Campos, B., Ullman, J. B., Aguilera, A., y Dunkel Schetter, C. (2014). Familism and psychological health: The intervening role of closeness and social support. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 20(2): 191.
- Cid, M. C., Montes de Oca, R. y Hernández-Díaz, O. (2014). La familia en el cuidado de la salud. *Revista Médica Electrónica*, 36(4): 462-472.
- Cohen, L. (1979). *Culture, disease and stress among Latino immigrants*. Washington, D.C.: Smithsonian Institution.
- Contreras, P., González, M. G., Alfaro, C., Arraya, C. y Jiménez, P. (2016). Significados asociados a la infidelidad en estudiantes universitarios con estilos de apego seguro e inseguro. *Salud & sociedad*, 2(1): 10-30.

- Feeney, J. A. y Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2): 281.
- Fischer, R. (2017). *Personality, Values, Culture: An Evolutionary Approach* (Culture and Psychology). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fontecha-Fresno, M. (1993). *La salud mental también se aprende: intervención desde un modelo integrado*. Madrid: Pirámide.
- Furnham, A. y Crump, J. (2015). Personality and management level: Traits that differentiate leadership levels. *Psychology*, 6(05): 549.
- García, M., Rivera, S., Reyes-Lagunes, I. y Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(22): 91-110.
- Garzón, A. (1998). Familismo y creencias políticas. *Psicología política*, 17: 101-128.
- German, M., Gonzales, N. y Dumka, L. (2009). Familism values as a protective factor for Mexican-originadolescents exposed to deviant peers. *The Journal Of Early Adolescence*, 29(1): 16-42.
- Gombao, J. C., Sánchez, E. y Pérez, M. A. (2014). Un estudio exploratorio de los valores humanos, según el modelo de Schwartz, en los alumnos de enseñanza militar del Ejército de Tierra. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 13(2): 201-219.
- Gómez-Jacinto, L. y Canto-Ortiz, J.M. (2005). *Psicología Social*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Grebler, L., Moore, J. y Guzmán, R. (1970). *The Mexican-American People: The Nation's Second Largest Minority*. Nueva York: Free Press
- Groh, A. M., Roisman, G. I., Booth-LaForce, C., Fraley, R. C., Owen, M. T., Cox, M. J. y Burchinal, M. R. (2014). IV. Stability of attachment security from infancy to late adolescence. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 79(3): 51-66.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. y Black, W. C. (1999). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Harvey, M. y Byrd, M. (2000). Relationships between adolescents' attachment styles and family functioning. *Adolescence*, 35(138): 345-56.
- Hazan, C. y Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3): 511-524.
- Hernández, M. M. y Bámaca-Colbert, M. Y. (2016). A behavioral process model of familism. *Journal of Family Theory & Review*, 8(4): 463-483.
- Herrera, R., Rivera, A., Díaz-Loving, R. y García, M. (2010). Familismo y funcionamiento Familiar. *La Psicología Social en México*, 13: 231-238.
- Hirsch, A. (1999). Valores nacionales en México. *Este País. Tendencias y Opiniones*, 96: 28-34.
- Jasso, J. L. (2014). *Funcionamiento familiar, estilos de apego, áreas y manejo del conflicto en adultos y jóvenes de Monterrey* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Louro-Bernal, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1): 48-51.
- Lugo, S. A. y Contreras, J. (2003). A new familism scale for use with Latino population. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 25: 312-330.
- Maccoby, E. (2007). Historical overview of socialization research and theory. En: Grusec, Je; Hasting, Pd. (eds.). *Handbook Of Socialization: Theory And Research* (pp. 13- 41). Nueva York: Guilford Press.
- Mannino, F. V. y Shore, M. F. (1976). Perceptions of Social Supports by Spanish-Speaking Youth with Implications for Program Development. *Journal of School Health*, 46(8): 471-474.
- Marín, G. (1993). Influence of acculturation on familialism and self-identification among Hispanics. In M. E. Bernal y G. P. Knight (Eds.), *Ethnic identity: Formation and transmission among Hispanics and other minorities* (pp. 181-196). Nueva York: State University of New York Press.

- Martínez-Stack, J. (1994). El amor y la teoría del apego. *Antología de Sexualidad Humana* (pp. 57-84). México: Consejo Nacional de Población.
- Mikulincer, M. y Goodman, G. S. (Eds.). (2006). *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*. Nueva York: Guilford Press.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1): 11-15.
- Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista chilena de pediatría*, 85(3): 265-268.
- Moral, J., López-Rosales, F. y Jasso, J. L. (2013). Un estudio descriptivo y comparativo por sexos de funcionamiento familiar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(4).
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Jacobson, N. C. y Moore, G. A. (2015). Adult attachment as a moderator of treatment outcome for generalized anxiety disorder: Comparison between cognitive-behavioral therapy (CBT) plus supportive listening and CBT plus interpersonal and emotional processing therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(5): 915.
- Nieto, J., Abad, M. A., Esteban, M. y Tijerina, M. (2015). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. España: McGraw-Hill.
- Nielsen, S. K. K., Lønfeldt, N., Wolitzky-Taylor, K. B., Hageman, I., Vangkilde, S. y Daniel, S. I. F. (2017). Adult attachment style and anxiety-The mediating role of emotion regulation. *Journal of affective disorders*, 218: 253-259.
- Padilla, N. y Díaz-Loving, R. (2011). Funcionamiento Familiar, Locus de Control y patrones de conducta sexual riesgosa en jóvenes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2): 309-322.
- Padilla, N. y Díaz-Loving, R. (2014). Estrategias de Emparejamiento y su Relación con el Estilo de Apego. En R. Díaz-Loving, I. Reyes-Lagunes y S. Sánchez-Aragón (eds.), *La psicología social en México* (vol. XV, pp. 611-619). México, DF: AMEPSO.
- Palomar, J. (1998). *Funcionamiento familiar y calidad de vida* (tesis de doctorado). México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pascuzzo, K., Cyr, C. y Moss, E. (2013). Longitudinal association between adolescent attachment, adult romantic attachment, and emotion regulation strategies. *Attachment & Human Development*, 15(1): 83-103.
- Pfoertner, T. K. et al. (2014). Adolescents' psychological health complaints and the economic recession in late 2007: a multilevel study in 31 countries. *The European Journal of Public Health*, 24(6): 961-967.
- Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Ponzetti, J. y Long, E. (1986). Healthy family functioning: a review and critique. *Family Therapy*, 16 (1): 43-50.
- Popenoe, D. (1994). The evolution of marriage and the problem of stepfamilies: A biosocial perspective. *Stepfamilies: Who benefits? Who does not?* 3-28.
- Ruiz, P., Lozano, E. y Polaino, A. (1994). Los valores en el adolescente y el consumo de sustancias. *Anales de Psiquiatría*, 10: 115-120.
- Ruiz-Martínez, A., Hernández-Cera, M., Mayrén, M. y Vargas-Santillán, M. (2014). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. *Liberabit*, 20(1): 109-117.
- Sabogal, F., Otero-Sabogal, R., Marín, B. y Perez-Stable, E. (1987). Hispanic Familism and Acculturation: What Changes and What Doesn't? *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9(4): 397-412

- Saiz, J. y Martínez, I. (2010). Relación del tratamiento por dependencia de la cocaína con los valores personales de apertura al cambio y conservación. *Adicciones*, 22(1).
- Schleider, J. L. y Weisz, J. R. (2017). Family process and youth internalizing problems: A triadic model of etiology and intervention. *Development and psychopathology*, 29(1): 273-301.
- Schutz, W. (1966). *The interpersonal underworld. FIRO: a Three-dimensional Theory of Interpersonal Behavior*. California: Science & Behavior Books.
- Schwartz, S.H. (1992) Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In M.P. Zanna (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 25, pp. 1-65). Nueva York: Academic Press.
- Schwartz, S. H. (2001). ¿Existen aspectos universales en la estructura y contenido de los valores humanos? *Psicología social de los valores humanos. Desarrollos teóricos, Metodológicos y Aplicados*, 53-77.
- Schwartz, S. (2007). The Applicability of Familism to Diverse Ethnic Groups: A Preliminary Study. *The Journal of Social Psychology*, 147(2): 101-118
- Shaver, P. R. y Brennan, K. A. (1992). Attachment styles and the "Big Five" personality traits: Their connections with each other and with romantic relationship outcomes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(5): 536-545.
- Simkin, H. y Becerra, G. (2013). El proceso de socialización: Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, (47): 119-142.
- Strunin, L., Díaz-Martínez, A., Díaz-Martínez, L. R., Kuranz, S., Hernández-Ávila, C. A., García-Bernabé, C. C. y Fernández-Varela, H. (2015). Alcohol use among Mexican youths: is familismo protective for moderate drinking?. *Journal of child and family studies*, 24(2): 309-316.
- Pennington, D., Gillen, K. y Hill, P. (2016). *Social psychology*. Nueva York: Routledge.
- Tamayo, A., Nicaretta, M. y Ribeiro, R. (1995). Values priorities and drug addiction. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 41: 300-307
- Triandis, H. C., Marín, G., Betancourt, H., Lisansky, J. y Chang, B. (1982). *Dimensions of familism among hispanic and mainstream navy recruits*. Chicago: University of Illinois, Chicago.
- Verde, A.M., Rivera, S., Díaz-Loving, R. y Montero, N. (2011). El decálogo de valores para un buen funcionamiento familiar. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial: 1791-1792.
- Zaldívar, D. F. (2009). Funcionamiento familiar saludable. *La Habana: Salud para la vida*, 31(10): 12.



14

CAPÍTULO

Calidad de vida como reto de la psicología en México

Ana María Rivera Guerrero
Catherine Bracqbien-Noygues
Karina Reyes-Jarquín
María Leticia Bautista-Díaz
Mayra Chávez Martínez

Actualmente, el concepto de calidad de vida (CV) se ha generalizado, específicamente en el campo de la psicología de la salud; se ha propuesto como indicador del bienestar psicológico, tanto específico como general. Aunque se considera generalmente que el bienestar psicológico corresponde a la dimensión subjetiva de la calidad de vida, no se puede negar que esté permeada por su dimensión objetiva. Así, por tratarse de una entidad compleja, es necesario fragmentar su estudio considerando ciertas características, como el tipo de población de acuerdo con la edad (niños, adolescentes, adultos, adultos-mayores), el contexto (rural o urbano) o la condición de salud (enfermedad genética o adquirida; aguda, grave o crónica, etc.). Aunque existen diversos medios cualitativos para evaluar la CV (como la entrevista, la observación directa, los grupos focales, entre otros) se utilizan frecuentemente instrumentos psicométricos, en su mayoría provenientes del extranjero. Pocos son adaptados y validados para la población mexicana. Por otra parte, pocos son destinados precisamente a la categoría genérica o a alguna enfermedad específica. Por todo lo anterior, se ha observado que con el término calidad de vida se evalúan indicadores inadecuados.

Debido a los inconvenientes previamente mencionados, y a las múltiples definiciones conceptuales y operacionales de proceso o de medida, la CV resulta ser un desafío para los profesionales de la psicología. El objetivo de este capítulo es caracterizar teóricamente el constructo de calidad de vida y mostrar cómo se ha convertido en un reto importante para la psicología de la salud. En primer lugar, se presentan brevemente los antecedentes y una aproximación a la definición del concepto. Luego, se puntualiza lo relacionado a los instrumentos de evaluación. Posteriormente, se abordan diferentes paradigmas, y se presentan las consideraciones finales.

Antecedentes y aproximación a la definición de la calidad de vida

Es tal el grado de generalización del término calidad de vida que se puede afirmar que es utilizado prácticamente en cualquier área donde se desenvuelve el ser humano (educativa, laboral, ambiental, política, entre otras), inclusive se ha vuelto un término de uso cotidiano en la población general. Empero, podemos considerar que el antecedente oficial del uso de este concepto en relación con la salud remite a la definición de esta emitida por la organización eje de la salud a nivel mundial la Organización Mundial de la Salud en 1948 (OMS; 1948, 2017), la cual estableció que se trata de un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente de la ausencia de afecciones o enfermedades. Eso implica que una persona sin enfermedad no necesariamente es sana ya que otras áreas de su vida pueden estar afectadas. La salud quedó definida como una globalidad que resulta de la interacción entre múltiples factores agrupables en tres dimensiones: física, social y psicológica. Una buena salud requiere un equilibrio que integra un bienestar generalizado, la disposición de los recursos económicos necesarios y un ecosistema sostenible. Se observa entonces que la salud y la CV se asocian con la condición integral del ser humano. Existe una similitud en los componentes de ambos constructos, salud y CV que permite establecer una interdependencia, aunque es importante referir que no se trata de reducir la CV a la salud o viceversa, sino considerar a ambas como entidades necesarias para la realización del ser humano (Ardila, 2003; Gómez, 2009; Victoria, 2005).

Otras evidencias apuntan a que el término y el estudio de la CV se popularizó cuando la OMS (1966; Gómez, 2009) se refirió concretamente al término de CV y en este mismo año se publicó un artículo titulado "Medicina y calidad de vida" (Elkinton, 1966). Desde la disciplina de la economía,

la CV fue el estandarte para evaluar las consecuencias a largo plazo de la gran depresión económica después de la Primera Guerra Mundial y luego los efectos de la Segunda Guerra Mundial. No obstante, el interés se centraba en evaluar el impacto de la industrialización, de la urbanización y del nivel de empleo; los ejes eran la determinación de la solidez financiera y de los bienes materiales. De este modo, la CV se entendía como la posesión de condiciones objetivas como la solvencia económica, el nivel de educación, ingresos y el tipo de vivienda, meramente vinculada a la posición socioeconómica: podemos considerar que estos indicadores eran ideales sociales o culturales y no del individuo (Arostegui, 1998; Cardona y Agudelo, 2005; Felce y Perry, 1995; Liu, 1976). Sin embargo, como menciona Bogner (2005), esta dimensión material solo explicaba —estadísticamente— un bajo porcentaje de varianza (15%), quedando un importante porcentaje (85%) atribuible a otras dimensiones, por lo que se rompió el prototipo de que la CV debía basarse solo en lo material. Lo anterior puede explicar la evolución de este término desde entonces, tanto en su conceptualización como en su operacionalización. Desde ahí, se impuso la necesidad contemplar la satisfacción con la vida y el bienestar emocional como componentes subjetivos de la CV (Sousa y Lyubomirsky, 2001).

El impacto del término CV llevó a la OMS a desarrollar el Proyecto Calidad de Vida (WHOQOL-Project, por sus siglas en inglés; 1991). Así, para 1996, se había conformado el WHOQOL-Group con 25 centros ubicados en todo el mundo. Con el objetivo de elaborar un instrumento internacional para evaluar la CV, llevó a cabo investigaciones teóricas-conceptuales y de tipo cualitativa con grupos focales dirigidos a jueces expertos (profesionales de la salud) y no expertos (representantes de la población general, sana y enferma), para que fueran ellos de viva voz quienes, con base en sus percepciones y experiencias determinarían lo que es CV. Este trabajo de ingeniería humana transcultural dio como resultado la siguiente definición conceptual de la CV: “Es la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto cultural y sistema de valores donde vive, con relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”. También, se acordó una definición operacional amplia con seis dimensiones (i.e., física, psicológica, grado de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritual), y a su vez, constituidas por 32 facetas que pueden ser reveladas a través de indicadores concretos: a manera de ejemplo, en la dimensión Medio ambiente se ubica la faceta recursos financieros; este indicador no es para conocer cuánto percibe la persona, sino el grado de satisfacción que proporcionan dichos ingresos (Harper y Power, 1998; OMS, 1996, 1997, 2007).

De acuerdo con lo anteriormente señalado, es necesario precisar tres elementos de análisis (Bruno, Acevedo, Garza y Castro, 2017):

1. La CV es multidisciplinar y no ha sido utilizada ni estudiada por una sola disciplina; lo cual ha provocado, como ya se mencionó, numerosas interpretaciones e intentos de definición. Como refiere Fernández-Ballesteros (2009), una de las pioneras en trabajar el tema, el mismo término es muy confuso. En el sentido de la calidad hace referencia a atributos o características de un objeto, mientras que vida implica en general a los seres vivos.
2. En segundo lugar se debe mencionar el contexto histórico donde el concepto acapara la atención de los investigadores. Después de años de reformas económicas y políticas para alcanzar el bienestar en los países desarrollados, la interrogante empieza a formularse en términos de qué tanta CV tienen los sujetos con bienestar. Autores como Osorio et al. (2008) y Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) coinciden en señalar que ese momento se dio a mediados de 1970 y diez años más tarde ya se utilizaba con mayor frecuencia.

La aplicación del concepto de CV se relaciona con transformaciones ocurridas durante el siglo XX que enfatizan el poner la atención a aspectos como: ganarle a la muerte (esperanza de vida y envejecimiento); temas relacionados con vivir la vida (*carpe diem*); bienestar durante toda la vida (Osorio et al., 2008).

Por consiguiente, al superarse el intento de solo medir la CV de manera objetiva y con los recursos materiales del individuo, se abre el debate hacia el bienestar visto como característica de la vida. Por esto se confunde la CV con otros constructos como el bienestar, el nivel de vida, la satisfacción y la felicidad. Esta poca claridad hace necesario resolver la conceptualización al momento de querer operacionalizar el fenómeno.

- 3) Existe entonces, la dificultad de incluir en el concepto de CV tanto aspectos objetivos como subjetivos. Y los estudios y publicaciones sobre el tema aumentaron de manera exponencial, según datos de sociofile (Fernández-Ballesteros, 2009). Estos datos indican que entre 1967 y 1974 se encontraron 109 citas, pero entre 1990 y 1995 eran ya 881 citas.

Ahora bien, respecto al interés del estudio de la calidad de vida, más recientemente, para 2004, dicho interés se vio reflejado en los más de 38 000 artículos contabilizados gracias a una búsqueda en una importante base de datos internacional (Padilla, 2005). Las autoras del presente capítulo realizaron, en diciembre 2017, un ejercicio expofeso de búsqueda en la base de datos SCOPUS, con la palabra clave "Calidad de vida". Resultó que, considerando el periodo 2009 a 2017, 273 928 artículos se encuentran publicados y 306 están aceptados para publicación en 2018.

Bobes, González, Bousoño y Suárez (1993), en su revisión teórica, analizaron las definiciones contenidas en cuatro trabajos publicados durante la década de los setenta y encontraron que el concepto no se limitaba a la posesión de bienes materiales; abarcaba ya aspectos más subjetivos como los sentimientos, percepciones, satisfacción de necesidades y expectativas de valores acordes a un contexto. En este mismo trabajo, demostraron que el dinamismo del término CV había llevado a una mayor comunicación científica, ya que se cuadruplicaron el número de trabajos en los ochenta, para llegar a 16. De manera general, estos autores refieren que en dichos trabajos se define la CV como la percepción de la satisfacción de necesidades materiales y subjetivas, basada en tres ejes: la felicidad, la satisfacción con la vida y el bienestar, con sus respectivos indicadores. Por lo tanto, la CV sería el equilibrio entre lo objetivo y lo subjetivo, sumando los conceptos de espiritualidad, satisfacción con los recursos vitales como comida y cobijo, percepción de seguridad y de productividad personal, energía física para realizar actividades cotidianas, etc. Todos estos elementos conducen a una vida digna y permiten la evaluación global de la vida. Se observa claramente que se nivela la percepción individual a lo social o cultural. Basándose en las múltiples definiciones realizadas durante dos décadas, setenta y ochenta, Bobes et al. (1993) propusieron un modelo de CV que incluye variables objetivas y subjetivas relacionadas con las condiciones y satisfacción con la vida.

Por otra parte, en la década de los noventa, un importante cuerpo de investigación se centró en la CV de las personas con discapacidad. Un retrato de dicha actividad científica se documentó en una revisión de la literatura a cargo de un grupo de especialistas e investigadores en el tema (Schalock et al., 2002). En este mismo campo de estudio, se han realizado investigaciones de corte cualitativo y se ha propuesto una nueva subclasificación de la calidad de vida, la individual y la familiar, donde se han incluido, además de las dimensiones generales de la CV, otras necesarias para personas con necesidades específicas como la discapacidad, tal es el caso de la inclusión social, autodeterminación y los derechos (Poston et al., 2004).

Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) indicaron que la polisemia relacionada con el término CV es tan amplia que en ocasiones se vuelve confuso y se termina evaluado variables que no representan la CV; sin embargo, explicaron que la complejidad del término se puede entender ya que en él convergen aportaciones de tres paradigmas (ciencias naturales [medicina], economía y ciencias sociales). Por ello, propusieron un modelo cuyo eje central es la evaluación cognitiva, misma que media la satisfacción y condiciones de vida con la CV, pero se basa en la comparación social (entre sujetos), la discrepancia percibida (intrasujeto) y la importancia relativa (autovaloración). Concluyeron que la CV solo es subjetiva, y, por lo tanto, evaluativa y contextual en tiempo y espacio.

Por otro lado, Ardila (2003, p. 163), propuso la siguiente definición de CV:

...es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

En esta definición se puede observar que se conserva la propuesta por la OMS; en ambos casos se trata de una entidad compleja que abarca diversas dimensiones que conforman una unidad integradora.

En México, destaca un importante número de investigaciones en relación con la CV en población de adultos mayores; la mayoría fue conducida por dos psicólogos especialistas en el tema, González-Celis y Sánchez-Sosa, quienes han retomado la definición propuesta por la OMS (González-Celis, 2009, 2010; González-Celis y Sánchez-Sosa, 2001, 2003; Sánchez-Sosa y González-Celis, 2002, 2006). Identificaron tres meta-dimensiones de la CV: 1) el estado funcional (físico y cognitivo); 2) la oportunidad de acceso a recursos materiales y de recreación; y 3) la percepción del bienestar emocional. Refirieron las dos primeras dimensiones a la CV objetiva y la tercera a la CV subjetiva, pero aclararon que la CV está definida por la interrelación entre todas. Nava (2012) coincidió con estos investigadores connacionales, pero con denominaciones diferentes. Para la primera meta-dimensión, empleó la expresión "calidad de acción" y señaló que tiene que ver con la capacidad de afrontamiento o la percepción del estado emocional.

Para la segunda, habló de "calidad del entorno", precisando que se relaciona con la oportunidad de acceso a recursos materiales y de recreación. Finalmente, identificó a la tercera meta-dimensión como "calidad de resultado". Refirió que la combinación de las dos anteriores es necesaria para lograr una buena vida. Nava concluyó que esta última meta-dimensión es el componente subjetivo supremo, y por lo tanto, se debe privilegiar al ser, por encima del tener. Así, en el caso de los adultos mayores, este concepto toma en cuenta los efectos que una enfermedad o tratamiento físico tiene sobre los aspectos psicológico y social. Además, considera el grado de satisfacción que refieren las personas acerca de su funcionamiento en todas las esferas de la vida. Algunos estudios (Acevedo y González, 2012, 2014; González, Garza y Hernández, 2016; Quiroz y González-Celis, 2013) plantean que la CV entre los adultos mayores está relacionada con redes de apoyo, familia, actividades productivas y de recreación que provocan una percepción de bienestar en los mismos y de quienes lo rodean o conviven con ellos en las actividades de la vida diaria. El estudio de la CV en esta población ha cobrado fuerza debido al incremento de la población de este grupo de edad (Zúñiga Herrera y García, 2008).

Por otra parte, se distinguen tres categorías en el manejo del concepto de CV en el campo de la salud: a) CV genérica; b) CV relacionada con la salud, y c) CV específica a una determinada enfermedad. La CV genérica es útil para realizar un perfil de la población general; incluye salud, alimento, vivienda, trabajo, educación, recreación, entre otras dimensiones. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha surgido a partir de la situación paradójica entre el avance tecnológico y el aumento de enfermedades agudas y crónicas; es útil en ambientes hospitalarios y de investigación clínica, este término se utiliza cada vez más frecuentemente en este campo porque ayuda a obtener información que complementa los indicadores clínicos tradicionales, pues explora la percepción de la persona acerca de su salud, su sentimiento de bienestar, su capacidad funcional y el impacto de enfermedades crónicas e intervenciones quirúrgicas, con el empleo de instrumentos sencillos en su aplicación e interpretación (García et al., 2010). Finalmente, la CV específica a una determinada enfermedad tiene que ver con las características propias de la enfermedad en cuestión, y es principalmente abordada en ambientes hospitalarios (Alonso, 2000; Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

La relación entre la CV y la obesidad, una de las principales enfermedades en México y en varios países, también ha sido estudiada por psicólogos mexicanos. Sierra-Murguía et al. (2012) encontraron que pacientes mexicanos candidatos a cirugía bariátrica (CCB) con mayor grado de obesidad reportaron menor apoyo familiar y mayor preocupación por el peso y la comida, así como peor percepción del tiempo libre, lo que se tradujo en una afectación de su CV. Bautista (2015) derivó un perfil psicológico, incluyendo la CV, de pacientes mexicanos con obesidad mórbida CCB; encontró que su CV se encontraba más afectada que la de un grupo de pacientes normo peso que asistían a un centro de salud, mismo que ha sido valor de referencia para población mexicana; además, su CV se asocia negativa y moderadamente con síntomas de ansiedad ($r = -.41$) y en mayor grado con los síntomas de depresión ($r = -.75$). En otro estudio, con escolares de entre 10-15 años y sus padres, se encontró una relación lineal negativa: a mayor grado de composición corporal, menor CV. Concretamente, la dimensión más afectada fue el funcionamiento social (relaciones sociales); no obstante, los padres percibieron mayor afectación en la dimensión emocional de sus hijos (Cárdenas, Dávila, Gallegos, Salazar, y Rizo, 2009). En estas investigaciones, se observa que la condición de exceso de peso afecta la CV y a su vez esta afecta la salud mental. Lo anterior puede generar una situación cíclica negativa salud-CV-enfermedad.

Se han realizados más estudios de la calidad de vida de personas enfermas en las etapas de la niñez y la adolescencia. Por ejemplo, se encontró que, después de presentar una crisis de epilepsia, 100% de una muestra de pacientes mexicanos (con rango de edad entre 2 y 18 años) reportó una CV de regular a muy mala; pero después de recibir un tratamiento, en un seguimiento a 12 meses, 84% la refirió como buena o muy buena. Estos resultados sugieren que el control de las crisis mejora la CV de quien padece esta enfermedad (Rodríguez-Blancas, 2014). Por otra parte, se encontró que la CV de niños mexicanos con leucemia depende de la fase de la enfermedad y del nivel del riesgo; la preocupación por la enfermedad es la dimensión de la CV más afectada en esta población. Considerando que la cognición inherente a la etapa del desarrollo de los niños puede influir en el autorreporte de su CV, se evaluó también la percepción de los padres o cuidadores respecto a la CV de los niños y se encontró un alto acuerdo entre la percepción de los niños y de los padres o tutores ($Kappa = .83$), lo que garantiza la confiabilidad de los hallazgos (Dorantes-Acosta et al., 2012).

Las investigaciones descritas anteriormente se basan en poblaciones con alguna afección o condición de salud; pero también se han realizado investigaciones con poblaciones sanas. Por ejemplo, Dueñas, Lara, Zamora y Sauna (2005) llevaron a cabo una investigación en población

universitaria “sana” de Puebla y Guadalajara, para evaluar la CV y determinar qué entendían ellos por tal constructo. Los autores encontraron que quienes reportaron tener una CV totalmente agradable refirieron tener un adecuado ambiente de relaciones sociales (amistad y familiar), un ingreso económico adecuado (entre \$4 000 y \$20 000) y padres con nivel educativo profesional. En contraste, quienes reportaron una CV totalmente desagradable señalaron que sus relaciones sociales, ingresos y nivel educativo eran vulnerables. Sin embargo, un hallazgo interesante fue que, en ambos subgrupos, no se tomó en cuenta la condición de salud para referir su CV, lo que refleja que una parte de la CV es contextual y subjetiva, como ya se había mencionado.

En un estudio comparativo (Salgado et al., 2017), donde se buscó conocer los grados de satisfacción de los universitarios ubicados en diferentes contextos culturales, se hace notar que el estudio de la CV de los universitarios ha cobrado especial importancia en la actualidad, debido a que los jóvenes son considerados como un grupo heterogéneo relativamente sano, y que se encuentra en un proceso de constante evolución; principalmente en su desarrollo profesional; lo cual tendrá un impacto a nivel personal, social, político, económico y científico (Verdugo et al., 2013). Específicamente se preguntó respecto a su estado de salud, estado de ánimo, las tareas domésticas que realiza, su curso/clase, sus actividades de tiempo libre, sus relaciones sociales y familiares. Se consideró grupo de interés, pues, a pesar de ser un grupo relativamente sano, se encuentran en una condición de vulnerabilidad psicosocial, debido a los factores de riesgo a los que se enfrentan en la cotidianidad, como pueden ser eventos negativos en la vida familiar, personal, estudiantil y laboral, conductas antisociales, abuso de sustancias, entre otras, sucesos que igualmente comprometen la salud de los universitarios (Lara et al., 2015). De forma general, los universitarios se reportaron satisfechos con sus vidas y las diferencias en la calidad de vida se explican a través de factores culturales y socioeconómicos.

En la parte académica, se ha encontrado que la mayoría de los estudiantes estuvieron satisfechos, coincidiendo con Lara et al. (2015), además, el nivel educativo funge como factor de protección para los estudiantes en relación a la valoración del estado de salud, esto porque se posee una mejor capacidad para evaluar objetivamente su situación vital (Moral et al., 2011). Por otro lado, la salud es uno de los aspectos principales como regulador de la percepción de la CV; y en esta área los universitarios obtuvieron niveles medios de satisfacción en los aspectos relacionados al descanso; los cuales funcionan como elemento propiciador de una buena CV. Lo anterior puede estar relacionado con la calidad del sueño, que se refiere tanto a dormir bien como a un buen rendimiento durante el día en cuestiones de atención a las diversas actividades (Sierra, Jiménez-Navarro, y Martín-Ortiz, 2002; Ramón-Salvador et al., 2013); y se encuentran influidas por la biología y los valores culturales. Sin embargo, en la época universitaria se hace necesario reducir las horas de sueño para cumplir con las actividades académicas o actividades extracurriculares (Claros et al., 2013). Los resultados permiten destacar que los mayores niveles de satisfacción correspondieron a los aspectos relacionados con la autonomía y la libre elección de los universitarios como las actividades de tiempo libre, relaciones sociales y situación de alojamiento y vivienda; destacando que los estadounidenses reportaron el nivel más alto de satisfacción, lo cual se puede explicar, siguiendo a Hofstede (2010) con sus cinco dimensiones y, particularmente a sus estudios de las diferencias culturales en torno a los valores de individualismo y colectivismo que se practican en cada cultura.

Por otro lado, resulta interesante realizar una investigación transcultural debido a los diversos factores culturales que intervienen en la construcción de esquemas cognitivos en los universitarios, que se basan en el significado que cada cultura otorga a cada uno de los dominios de la CV

(Carballeira et al., 2015). Existen pocas investigaciones transculturales que aborden el tema de la CV en universitarios. Sin embargo, en las que lo han abordado encontraron diferencias en la satisfacción con la vida en estudiantes dependiendo de la orientación colectivista o individualista de la cultura (Herrera et al., 2015; Carballeira et al., 2015). En todas las variables, los norteamericanos reportaron los niveles más altos de satisfacción, seguido de los españoles y los menos satisfechos fueron los mexicanos. De manera general, los estudiantes universitarios de los tres países poseen un alto nivel de satisfacción general de sus vidas, lo cual se puede entender como un reflejo de su etapa de desarrollo, nivel de escolaridad (Herrera et al., 2015), así como las interacciones positivas, las cuales son un medio de salud y recreación, y que además tienen que ver con las habilidades sociales que permiten una adaptación eficaz y efectiva a las áreas de su vida (Urdaneta y Morales, 2013), áreas en la que los estudiantes se reportaron satisfechos; coincidiendo con otros estudios con poblaciones similares (Cieslak et al., 2007; Vargas, 2006, Vera et al., 2007).

Dentro de las dimensiones de la calidad de vida, se encuentran las actividades de tiempo libre. Según Cuenca (1995), las actividades de ocio descansan sobre tres pilares: "la percepción de elección libre, el autotelismo y la sensación gratificante" (Cuenca, 1995, p. 59), las cuales tienen efectos positivos sobre el bienestar psicológico, como en la creatividad, resolución de problemas, autoestima, entre otros beneficios (Oropesa et al., 2013), que convierten a las actividades de tiempo libre en una necesidad vital, porque contribuye a la autorrealización de la persona (Setián, 2000).

De esta forma, el contexto cultural y la percepción del bienestar material tienen un ligero impacto en la evaluación de la CV (Ruvalcaba, Salazar, y Fernández-Berrocal, 2012), es así como la variable contextual toma importancia; donde el nivel socioeconómico en este grupo poblacional influye en la percepción de la calidad de vida (Grimaldo, 2009).

En función de la escolaridad (incluidos los niveles de edad), se reporta (Chávez et al., 2014) que los alumnos de primaria refieren mejores hábitos de sueño y, por lo tanto, sueño más reparador; los alumnos de educación secundaria se perciben más contentos con su desempeño al realizar tareas domésticas, además de sentirse más partícipes de la vida diaria y tener más interés en las relaciones sociales y en los logros escolares; mientras que los alumnos de preparatoria reportan tener la sensación de sentirse más independientes. Estos resultados se confirman con otros estudios similares donde, según Ardila (2003) los niños de primaria se perciben como más descansados y su rendimiento junto con las actividades de ocio son importantes para reportar una percepción de buena CV. Los resultados de secundaria y preparatoria tienen estrecha relación con las características de socialización del adolescente (Espinoza, 2004), ya que las personas somos seres que se encuentran en constante cambio, guiados principalmente por la edad, las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con la CV y varían en función de la etapa evolutiva, definiendo que la percepción de satisfacción se ve influida por la edad.

En relación con la población en general, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) reportó que, en una evaluación que tomó en cuenta nueve indicadores objetivos de CV, los mexicanos ocuparon el último lugar respecto a los 36 países que integran dicha organización. Sin embargo, es importante recalcar que este tipo de evaluación deja de lado los criterios subjetivos (Expansión en Alianza con CNN, 2015).

Con este breve recorrido sobre los antecedentes, la definición del término e investigaciones, de manera general se establece que ha sido complejo conceptualizar la CV pues se deben tomar en cuenta diversos aspectos, dimensiones, variables, condiciones, así como la percepción individual y la de otros. Lo anterior señala que una vía importante para la evaluación de la CV son los cuestionarios de autoinforme que se abordan en la siguiente sección.

Evaluación de la calidad de vida

Como se mencionó con anterioridad, la calidad de vida es un constructo que se ha evaluado en diversas áreas, condiciones y contextos a lo largo de la historia, tales como los económicos, sociales, de salud, incluso políticos, entre otros; lo que ha significado que, por cada contexto, el constructo de CV sea integrado por diversas dimensiones o variables objetivas o subjetivas. Dentro de las variables objetivas, se encuentran la calidad del medio ambiente, la disponibilidad de servicios públicos, el ingreso mensual y la posesión de bienes, etc. Por otra parte, las variables subjetivas pueden ser la percepción de salud, el involucramiento en actividades recreativas, la satisfacción general con la vida, la interacción social y las habilidades funcionales (Riveros, Castro y Lara-Tapia, 2009, Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006; Velarde y Ávila-Figueroa, 2002).

En cuestiones de salud, es necesario enfatizar que la CV es un fenómeno que puede ser afectado tanto por la enfermedad como por el tratamiento de algunos padecimientos específicos, por lo cual los instrumentos diseñados para su evaluación deben considerarse como herramientas importantes en la evaluación multidisciplinaria de los pacientes con ciertos tipos de enfermedades. Al respecto, Alonso (2000) indica que los cuestionarios de medida de la CVRS se han utilizado fundamentalmente en la investigación clínica; aunque ha empezado a tomar fuerza su uso para la evaluación de la efectividad de intervenciones sanitarias.

Existen diversas metodologías para la evaluación específica de la CVRS, una de ellas son los instrumentos multidimensionales que miden la percepción de los individuos en diversos dominios, tales como el físico, psicológico y social (Higueta-Gutiérrez y Cardona-Arias, 2015; Urzúa y Caqueo-Úrizar, 2012).

Schwartzmann (2003) indica que las mediciones de la CVRS deberían cubrir los siguientes requisitos.

1. Ser subjetivas, es decir, evaluar la percepción de la persona.
2. Ser multidimensionales, enfocarse en la evaluación de diversas dimensiones como la física, emocional, social, interpersonal, entre otras.
3. Incluir sentimientos positivos y negativos.
4. Cuestionar acerca de la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor) y el momento de la enfermedad que se cursa.

Además, es importante destacar que un aspecto central es su adaptación, validación o diseño adecuado para cierta población.

De acuerdo con Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002), los instrumentos diseñados para la evaluación de la CVRS se clasifican en dos tipos.

1. Los instrumentos genéricos: son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos; pero, debido a su inconveniente de ser poco sensibles a los cambios clínicos, suelen emplearse solamente para fines descriptivos.
2. Los instrumentos específicos: se enfocan en las características particulares de un determinado padecimiento o enfermedad, y se emplean para evaluar los cambios físicos y los efectos del tratamiento a través del tiempo, con mayor capacidad de discriminación y predicción.

A continuación, se describen algunos de los instrumentos más empleados para cada una de las clasificaciones.

Instrumentos genéricos para evaluar la CVRS en adultos

- a) SF-36 (Short-Form Health Survey)

Fue adaptado de una escala original norteamericana por Alonso, Prieto y Antó (1995). Consta de 36 reactivos que evalúan los componentes físico y mental. El componente físico está integrado por la función física, el rol físico, el dolor corporal y la salud general; mientras que el componente mental incluye la salud mental, el rol emocional, la función social y la vitalidad (Cascaes et al., 2017).
- b) InCaViSa (Inventario de Calidad de Vida y Salud)

Consta de 53 reactivos que evalúan 12 dimensiones relacionadas con la CVRS: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica, relación con el médico y bienestar y salud. Es importante destacar que este inventario se diseñó para población mexicana (Riveros, Castro y Lara-Tapia, 2009; Castaños-Cervantes, Turnbull y Aguilar-Villalobos, 2016).
- c) PECVEC (Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos)

Fue adaptado de una escala alemana por Fernández, Rancaño y Hernández (1999). Contiene 40 reactivos que evalúan seis dimensiones: capacidad física, función psicológica, estado de ánimo positivo, estado de ánimo negativo, funcionamiento social y bienestar social. La aplicación es autoadministrada o mediante entrevista y puede ser aplicado en enfermos crónicos mayores de 12 años (Fernández-López, Hernández-Mejía, y Siegrist, 2001).
- d) Láminas de Coop-Wonca
Fue adaptado por Lizán y Reig (1999). Evalúa las dimensiones de forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, estado de salud, cambios en el estado de salud y dolor. Incluye un total de nueve láminas; cada una consta de un título, una cuestión al respecto del estado de salud durante el último mes y cinco posibles respuestas. Las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento (Lizán y Reig, 2002).
- e) WHOQOL-Bref (*World Health Organization Quality of Life-Breve*)

Consta de 26 reactivos: 24 de ellos generan un perfil de CVRS enmarcado en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, medio ambiente y relaciones sociales. Los dos reactivos adicionales evalúan la satisfacción con la calidad de vida y la salud. Dicho instrumento se construyó y validó transculturalmente por lo que es útil para comparar la CVRS entre culturas (Harper y Power, 1998; Cardona-Arias, 2011). Además, está validado para población mexicana (González-Celis, Tron y Chávez, 2009).
- f) Q-LES-Q (*Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*)

Es un instrumento de autoreporte que consta de 93 reactivos, los cuales se agrupan en ocho escalas, que reflejan: satisfacción con la salud física/actividades, estado de ánimo, trabajo, actividades del hogar, tareas académicas, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales. Cada uno de los 93 reactivos se califica en una escala de cinco puntos que indican el grado de satisfacción que ha presentado durante la última semana (Endicott, Harrison, y Blumenthal, 1993).

Instrumentos genéricos para evaluar la CVRS en niños o adolescentes

Las escalas más utilizadas son las siguientes.

- a) **PedsQL** (*Pediatric Quality of Life Questionnaire*)
Consta de 15 reactivos que evalúan cuatro tipos de funciones: física, emocional, social y escolar. Mide la CVRS desde la perspectiva de los padres, niños o adolescentes. Puede emplearse en personas sanas o con enfermedades crónicas o agudas (Varni, Seid, y Rode, 1999).
- b) **KIDSCREEN**
Existen diferentes versiones destinadas a niños y adolescentes de entre 8 y 18 años, así como a sus padres. Contienen entre 10 y 52 reactivos que evalúan siete dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, autonomía, relación con los padres, amigos, apoyo social y entorno escolar. Su objetivo es evaluar la salud y el bienestar subjetivo de niños y adolescentes sanos o con enfermedades crónicas (Higueta-Gutiérrez y Cardona-Arias, 2015). Concibe a la CVRS como un constructo multidimensional que cubre los componentes físicos, emocionales, mentales, sociales y de conducta, del bienestar y de las funciones percibidas por pacientes y/o otros individuos (Child Public Health, 2011).
- c) **KINDL** (*Children Quality of Life Questionnaire*)
Contiene 24 reactivos que evalúan seis dimensiones: bienestar físico, bienestar emocional, autoestima, familia, amigos y escuela. Existen tres versiones diferentes según la edad del evaluado: de 4 a 7 años la versión Kiddy, de 8 a 12 años la versión Kid, de 13 a 16 años la versión Kiddo, para padres de hijos de 4 a 7 años la versión Kiddy Padres, y para padres de hijos de 8 a 16 años la versión Kid-Kiddo-Padres (Fernández-López, Fernández, Cieza y Ravens-Sieberer, 2004). Adicionalmente, incluye versiones específicas para personas con asma, diabetes, epilepsia, cáncer, dermatitis atópica, obesidad y espina bífida (Higueta-Gutiérrez y Cardona-Arias, 2015).
- d) **CHQ** (*Child Health Questionnaire*)
Contiene entre 28 y 87 reactivos encaminados a evaluar 11 dimensiones: función física, rol social-físico, percepción de salud, dolor, rol social-emocional, rol social-comportamiento, autoestima, salud mental, comportamiento general, actividades familiares y cohesión familiar. Su finalidad es evaluar la CVRS de niños y adolescentes entre los 10 y 18 años, incluyendo también versiones para padres (Higueta-Gutiérrez y Cardona-Arias, 2015).
- e) **MOSSF** (*Medical Outcomes study Short Form*)
Se trata de un cuestionario con un número de reactivos entre 8 y 36, según las versiones, distribuido en ocho dimensiones: función física, desempeño físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, desempeño emocional y salud mental. Evalúa específicamente la CVRS en población general y en personas mayores de 13 años (Higueta-Gutiérrez y Cardona-Arias, 2015). Además, es útil para detectar los beneficios producidos por un tratamiento o programa de salud y para valorar el estado de salud de pacientes individuales (Cardona-Arias, 2011).

Cabe recordar que se realizó la búsqueda de los instrumentos genéricos en español más empleados, y señalar que los instrumentos SF-36, InCaViSa, PECVEC, WHOQOL-Bref, PedsQL, KIDSCREEN, KINDL, CHQ y MOSSF son los que cuentan con propiedades psicométricas adecuadas para población mexicana.

Instrumentos específicos para evaluar la CVRS en adultos

- a) PDQDQOL (*Diabetes Quality of Life*)
Evalúa cinco dimensiones generales relacionadas con la diabetes mellitus y su tratamiento: Satisfacción con el tratamiento, Impacto del tratamiento, Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes, Preocupación por aspectos sociales y vocacionales y Bienestar general (Robles, Cortázar, Sánchez, Páez y Nicolini, 2003). Los puntajes de esta escala se relacionan con la severidad y el número de complicaciones médicas, y con el tipo de tratamiento médico de los pacientes; también, ha demostrado ser una medida sensible al cambio clínico en el funcionamiento del paciente (Nathan et al., 1991).
- b) PDQ-39 (*Quality of life Parkinson Disease Questionnaire*)
Es específico para pacientes con enfermedad de Parkinson. Contiene 39 reactivos que se distribuyen en ocho dimensiones: movilidad, actividades de la vida diaria, bienestar emocional, estigma, apoyo social, estado cognitivo, comunicación y malestar corporal. Se considera actualmente como el más adecuado por resaltar factores físicos, emocionales y ambientales que son útiles en la práctica médica. Además, es fácil de entender y contestar por parte de los pacientes (Peto, Jenkinson y Fitzpatrick, 1998; Martínez-Jurado, Cervantes-Arriaga y Rodríguez-Violante, 2010).
- c) QOLIE-31 y QOLIE-10 (*Quality of Life in Epilepsy Inventory*)
El QOLIE-31 es un cuestionario autoadministrado específico para pacientes con epilepsia. Contiene 31 reactivos. El QOLIE-10 es una versión abreviada de 10 reactivos que permiten valorar las mismas áreas que la versión extensa en menor tiempo. Ambos consideran dimensiones generales y específicas agrupadas en tres factores: Efectos de la epilepsia (memoria, efectos físicos y mentales de la medicación), Salud mental (energía, depresión, calidad de vida general) y Funcionamiento social (preocupación por las crisis, trabajo, conducción, limitaciones sociales). Las preguntas de estos instrumentos se refieren a las últimas cuatro semanas (Cramer, Perrine, Devinsky y Meador, 1996; Viteri et al., 2008).

Instrumentos específicos para evaluar la CVRS en niños y adolescentes

- a) Test CAVE (*Calidad de vida en niños y adolescentes con epilepsia*)
Se encarga de evaluar la repercusión negativa de la epilepsia en la conducta, la asistencia escolar, el aprendizaje, la autonomía personal, la relación social, la frecuencia e intensidad de las crisis convulsivas y la opinión de los padres. Se recomienda aplicar desde el momento del diagnóstico y cada seis o 12 meses con la finalidad de contar con una curva de calidad de vida a lo largo de la enfermedad que sea de utilidad para el inicio, modificación o término del tratamiento farmacológico (Herranz-Fernández y Casas-Fernández, 1996; Rodríguez-Blancas, 2014).
- b) PAQLQ (Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire)
Evalúa la CVRS en niños y adolescentes de entre 7 y 17 años que padecen asma. Consta de 23 reactivos que evalúan 3 dimensiones: síntomas, limitación de actividades y función emocional. Usualmente es autoadministrable o se aplica mediante una entrevista al niño o adolescente. Se ha derivado una versión pictórica, el PAQLQ ilustrado (pictorial PAQLQ), recomendada para pacientes menores de 8 años. Consiste en señalar las respuestas en una escala visual análoga de termómetros con diferentes niveles que representan la cantidad de síntomas o alteraciones presentes en el niño. En esta versión ilustrada, se eliminó la dimensión de limitación de actividades y (Juniper et al., 1996; Vidal, Duffau y Ubilla, 2007; Vidal, 2014).

c) PCQL-3 (*Pediatric Cancer Quality of Life Inventory-3*)

Se trata de un instrumento diseñado para explorar aspectos relacionados con la CVRS en pacientes infantiles con cáncer, evalúa ocho dimensiones: dolor, náusea, ansiedad por los procedimientos, ansiedad por los tratamientos, preocupación, problemas cognitivos, apariencia física y comunicación. Existen diferentes versiones dependiendo de la edad del evaluado, de 2 a 4 años se aplica solo a los padres o cuidadores primarios, para niños y adolescentes de 5 a 18 años se aplica tanto a los padres como a los pacientes (Dorantes-Acosta et al., 2012).

De la misma manera que con los instrumentos genéricos, se efectuó la búsqueda de aquellos instrumentos específicos en español más empleados. Los instrumentos DQOL, PDQ-39, CAVE, PAQLQ, PCQL-3 son los que cuentan con propiedades psicométricas adecuadas para población mexicana.

Terminada esta revisión de los instrumentos multidimensionales como la estrategia más empleada de evaluación de la CV, se presentarán los principales paradigmas que han permeado al desarrollo del constructo de la CV, desde diferentes disciplinas o campo de aplicación, advirtiendo que su ordenamiento y sus limitaciones no dan cuenta de la complejidad de los procesos.

Los paradigmas de la calidad de vida

La finalidad de la consideración de diferentes paradigmas en relación a la CV es ordenar de alguna forma diferentes nociones o datos que ya se han mencionados anteriormente y propiciar una visión amplia del manejo de este constructo unida a su aplicación específica al campo de la salud en general y de la psicología de la salud en específico.

Como se ha referido anteriormente, la CV es objeto de interés en prácticamente todos los sectores de la sociedad, pero muchas veces ha sido abordada de manera implícita o encubierta por el uso de otra terminología, o de manera no sistemática. Se revisó que la noción de CV se hizo más patente a partir de las crisis económicas del inicio del siglo XX y sobre todo después de la Segunda guerra mundial. Desde entonces, se ha desarrollado de manera intrincada en diversos campos del conocimiento y/o de aplicación como la filosofía, la ética, la economía, las ciencias políticas, la sociología, las ciencias de la salud, el estudio del desarrollo humano, la ecología, entre otros. Resulta ser un constructo articulado en torno a una realidad multifacética, amplia y en constante construcción, lo que complica su conceptualización. Con base en definiciones de diferentes autores, citados por Santisteban y Reyes (2016), se pueden mencionar las siguientes palabras clave en la CV: circunstancias de vida; bienestar; componentes físico, emocional, mental, social, material y de comportamiento; percepción de la posición en la vida, grado de felicidad y satisfacción, etcétera.

Aunque las caracterizaciones de la CV presentan cierta interdependencia y en su mayoría tienden a la integración de diversos componentes, la desarticulación de este concepto a través del análisis de diferentes paradigmas puede ayudar a esclarecer su contenido.

Paradigmas filosóficos y éticos

De acuerdo con Manfredi y Actis Di Pasquale (2017), el tema del bienestar (como equivalente de la calidad de vida), ha estado inmerso en varias tradiciones filosóficas tal como lo podemos encontrar reflejado en las obras de Epicuro, Aristóteles, Platón, Bentham, Kant, etc. Allí se encuentran las bases del desarrollo de diferentes posturas teóricas que difieren en la forma de evaluar la CV entre la objetividad y la subjetividad, en la consideración de su distribución poblacional, y a su dimensión

individual o social. Por ejemplo, Epicuro dividió las necesidades en naturales y necesarias —como los alimentos—, naturales, pero no necesarias —como la satisfacción sexual—, y no necesarias ni naturales —como el lujo—, (Shopenhauer, 2006, en Guevara et al., 2010). Manfredi y Actis Di Pasquale (2017) indican también que Platón, en *La República*, planteó la objetividad y del carácter universal de las necesidades y su distinción de los deseos que ubican al origen del enfoque de las capacidades de Sen y de las necesidades humanas de Doyal y Gough; y que Aristóteles, al establecer que la *eudaemonia* (término griego generalmente traducido como felicidad) es el principal bien para el ser humano, le asignó el carácter de cualidad deseable retomado por Diener en su definición pionera del bienestar subjetivo en 1994. Finalmente, es importante referir a Bentham, filósofo del siglo XVIII que fundó la doctrina del utilitarismo definiendo la utilidad como “el principio que establece la mayor felicidad de todos aquellos cuyo interés está en juego como la justa y adecuada finalidad de la acción humana” (Bentham, 1780, como se citó en Araujo, 2000, p. 271). Bentham analizó la utilidad de todo acto humano en función del placer o el sufrimiento que producen en las personas y propuso el “cálculo de la felicidad”. Su doctrina influyó en la política de su época, en el desarrollo de la deontología, etcétera.

El paradigma de las capacidades, conocido también como ética de las capacidades, fue propuesto por Sen y Nussbaum en los años 1980'. Estos autores vinculan la CV a las capacidades propiamente humanas para elegir la clase de vida deseada por uno mismo con el logro de buenos fines a través de buenos medios. Eso implica la integración del ser y el hacer, de la reflexión y la acción. (Nussbaum y Sen, 1998, como se citó en Guevara, Domínguez, Ortunio, Padrón y Cardozo, 2010).

En relación con la ética, podemos mencionar también la teoría del desarrollo moral de Kolberg con su propuesta de la ética de la justicia, la cual considera tres niveles en el desarrollo moral. El nivel preconventional corresponde a una lógica hedonista-instrumental); el nivel convencional a una moral basada en la autonomía; y el nivel posconvencional a una moral universal basada en principios abstractos que permite la consideración de la perspectiva del otro y la apropiación de las reglas y los principios éticos universales (López, 2000, como se citó en Guevara et al., 2010). Estos niveles en el desarrollo moral están relacionados con formas de concebir el bienestar individual o social.

Acorde con lo anterior, al mencionar el código deontológico del psicólogo, Chamarro-Lusar, Albert-Gayá et al. (2007, p. 41) refieren que “la finalidad del ejercicio de la psicología es el bienestar, la salud, la calidad de vida y el desarrollo de las personas”; donde los psicólogos deben establecer una colaboración con otros profesionales que también compartan objetivos similares.

Como lo vimos dentro de las posturas filosóficas relacionadas con la calidad de vida, la importancia de la felicidad ha sido reconocida desde la antigüedad bajo una u otra denominación. Hay que destacar que este enfoque recobra cada vez mayor importancia en la actualidad. Se perfila como una alternativa valiosa frente al importante malestar social. Es así como las nociones de felicidad y de satisfacción con la vida son esenciales en la psicología positiva (Seligman, 2016), y aparecen, por otra parte, en discursos políticos, como lo podemos observar con los informes mundiales sobre la felicidad.

Paradigma económico

Como se menciona en otras partes de este trabajo, en el desarrollo contemporáneo del concepto de CV, predominó inicialmente una visión unidimensional basada en aspectos económicos asociados al nivel de vida, pero rápidamente se estableció el reduccionismo de esta postura y se integraron otros aspectos para dar cuenta del bienestar; es así que, de entre algunos modelos que explican

la CV, este paradigma contribuye posteriormente a una definición conceptual pluridimensional, teniendo como objetivo principal la ampliación de los aspectos macroeconómicos como parte nodal de lo que posibilita la mejora de las condiciones y los niveles de vida de la población. Cabe señalar que los aspectos considerados desde esta postura aún resultan insuficientes para medir la CV (González-Celis, 2005).

Paradigma del bienestar

El bienestar se ha conceptualizado con base en una diversificación de componentes objetivos—observables y medibles de manera rigurosa— considerados representativos de las condiciones de vida. Se integraron aspectos sociales con criterios como la esperanza de vida al nacer, la escolarización y la tasa de mortalidad infantil (Díaz, 2001, como se citó en Marcial, Peña, Escobedo, y Macías, 2016). Mientras que, respecto al paradigma del bienestar subjetivo (percibido), se considera que es el grado en el cual un individuo evalúa positivamente la calidad global de su vida como un todo (Vennhoven, 2005). Incluye aspectos más íntimos como la satisfacción con la vida y la felicidad, que dependen de elementos tanto afectivos como cognitivos, así como la congruencia entre las expectativas y los logros (Diener y Larse, 1993; Diener, Suh, Lucas, y Smith, 1999, como se citó en García-Campos et al., 2016).

En tanto que, el paradigma integrador (bienestar objetivo y subjetivo) es una combinación de los dos tipos de bienestar, como lo marca la siguiente definición: “Combinación del bienestar objetivo y subjetivo en múltiples dominios de vida considerados de importancia en la propia cultura y tiempo, siempre que se adhiera a los estándares universales de los derechos humanos” (Wallander, Schmitt y Koot, 2001, como se citó en Sabeh, Verdugo, Prieto, y Contini, 2009, p. 11). Este último paradigma da cabida a la integración de diferentes dimensiones con sus respectivos indicadores, como en el modelo de Shalock y Verdugo (2002), con sus ocho dimensiones: bienestar emocional, de relaciones personales, bienestar material, desarrollo, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y defensa de los derechos.

Paradigma del desarrollo humano

Ferrer (2012) indicó que, desde hace décadas, organismos internacionales como la Comisión Económica para América Latina han incluido la noción de calidad de vida en sus modelos basados en el crecimiento económico. Aclaró que, desde esta perspectiva se han logrado ciertos resultados; sin embargo, no fueron suficientes para mejorar la CV en el mundo, principalmente en relación con la pobreza, el deterioro ambiental, y el bienestar emocional. Es por eso que las Naciones Unidas ampliaron el panorama proclamando, en su Asamblea General del 15 de octubre de 1997, que “el desarrollo es una empresa multidimensional para lograr una mejor calidad de vida para todos los pueblos” y que el desarrollo económico y social, así como la protección del medio ambiente son componentes interdependientes del desarrollo sostenible” (p. 312).

En este sentido, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, que fue creado en 1966 como una red mundial de desarrollo establecida por las Naciones Unidas para proporcionar los conocimientos, las experiencias y los recursos para ayudar a los países a forjar una vida mejor. Evalúa diversos índices para medir las condiciones que “permiten que nos desarrollemos en un entorno favorable que haga posible una satisfactoria calidad de vida personal y colectiva”, como el Índice de Desarrollo Humano, el Índice de Pobreza Humana, el Índice de Percepción de la Corrupción, el Índice de Libertad, entre otros (Ferrer, 2012).

Paradigma de la salud

El concepto de CV se integra dentro del paradigma biopsicosocial introducido por Engel en 1977, para superar el reduccionismo del modelo biomédico, centrado casi únicamente en las enfermedades. Como se mencionó en los antecedentes del presente capítulo, el origen del término CV aplicado en el campo de la salud pudo surgir de la definición de salud propuesta por la OMS (2017). Por esta razón en la mayoría de los casos la CV se vincula a la salud-enfermedad, ya que considera el bienestar de los pacientes, tanto en su tratamiento como en el sustento de vida (Mceberg, 1993, como se citó en Urzúa, 2010).

La psicología de la salud obedece, desde sus orígenes, a lo relacionado con la salud-enfermedad. Esta subdisciplina se define como el estudio científico de los factores psicológicos que involucran la promoción de la salud, el tratamiento, la rehabilitación y la prevención de la enfermedad; emplea principios y métodos de la psicología, sus propósitos son preservar la salud de quien es sano, evitar procesos de enfermedad, o bien, reducir los efectos de ciertas enfermedades (León-Rubio, Medina-Anzano, Barriga-Jiménez, Ballesteros-Regaña, y Herrera-Sánchez, 2004). Al respecto, Sánchez-Sosa y González-Celis (2002) señalan, que la CV cobra importancia en la dimensión de la salud dada su relación cercana con otros aspectos del funcionamiento, como las expectativas de autoeficacia, el desarrollo de habilidades sociales, solución de problemas, habilidades de afrontamiento y control, entre otros.

Concretamente, cuando la calidad de vida está en función de alguna enfermedad y además esta última se presenta concomitantemente con psicopatologías como la depresión o la ansiedad, suele potencializarse negativamente. Asimismo, la dificultad al expresar las emociones impacta en las manifestaciones físicas, empeorando la salud de la persona; y a su vez, el desmejoramiento acrecenta los síntomas de alteración emocional o del estado de ánimo. Un tratamiento integral que contemple lo físico y lo emocional, tanto para un mejor manejo de la enfermedad, como para el mantenimiento y recuperación de la salud, se contempla como una contribución para la mejora en la CV (Guerrero-Pacheco y Galán-Cuevas, 2015).

De acuerdo con Oblitas (2010), la CV se ve influida por diversos factores psicológicos, tales como: a) las estrategias de afrontamiento, b) alteraciones afectivas como la ansiedad y la depresión, c) expectativas del tratamiento; d) el apoyo social. Este último se convierte en parte medular ya que los amigos, Iglesia, familia y hoy en día las diferentes redes sociales se convierten en un factor modulador esencial en la CV, puesto que puede amortiguar los efectos de las situaciones estresantes.

Es así que, de acuerdo con el paradigma de la salud, quien se aproxima a las variables cognitivas, emocionales, conductuales, afectivas, psicofisiológicas y motivacionales que intervienen en el mantenimiento y promoción de la salud es el psicólogo de la salud; de igual forma se enfoca en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades (Chamarro-Lusar et al., 2007). Considerando que el desequilibrio de la CV se presenta de diversas formas y manifestaciones, y que dependen de diversos factores, entre ellos, la fase de la enfermedad, cuyos aspectos deben ser evaluados de manera integral durante los distintos procesos de tratamiento, a través de entrevistas cara a cara o por medio de la aplicación de instrumentos de autoreporte, con el fin de obtener datos numéricos o cualitativos que permitan observar los cambios en esta. De igual forma, es importante atender el proceso de intervención contemplando de manera central al componente psicosocial, considerando patrones de acción claros y dentro de un equipo de salud competente con profesionales de la psicología (Oblitas, 2010).

Uno de los propósitos primordiales de la psicología de la salud es la adherencia terapéutica, en tanto es una problemática que tiene gran trascendencia, dado que las conductas y formas en que las personas afrontan la enfermedad, y cumplen o no con las indicaciones médicas, desempeña un papel central para alcanzar o no un mejor control de la enfermedad e incrementar y preservar su CV. Ya que, para quienes presentan una falta de apego al tratamiento, se generan grandes pérdidas en distintos niveles; a nivel personal, existen complicaciones y secuelas que llegan a generar sufrimiento, limitaciones y situaciones progresivas en su salud; a nivel familiar, se presentan estados de crisis o alteraciones en el funcionamiento del sistema; a nivel social, implica un costo elevado para las instituciones de salud o para el país, cuando se proporcionan servicios que no son aprovechados o que se utilizan inadecuadamente. De este modo, un aspecto como la adherencia terapéutica debe otorgarse con especial atención, considerando tanto el abordaje teórico, metodológico y de investigación; de este modo el paradigma de la salud en la calidad de vida desempeña un papel central en la salud mental de los pacientes (Martín-Alfonso y Grau-Abalo, 2004).

Sin embargo y acorde a todo lo anteriormente planteado, Martín-Alfonso (2003) refiere que desde la psicología de la salud se debe considerar la intervención psicológica en todos y cada uno de los momentos de la evolución del proceso de la enfermedad, al favorecer las conductas de protección que sustituyan los comportamientos de riesgo, así como en el fomento de acciones que se enfocan en el mejoramiento sistemático de lo que se prescribe médicamente; y promover el descanso y el manejo del estrés del paciente y como parte del mismo proceso favorecer una mejor CV. Aunque desde este paradigma, los psicólogos se han centrado en promover un mejor apoyo social, familiar y comunitario, en ámbitos de acción que tienen como escenario la atención primaria y hospitalaria, con el objetivo de incrementar la eficacia de la intervención psicológica, donde la psicología de la salud sea una nueva forma de actuación en los servicios de atención a la población en pro de una mejora en la CV.

Consideraciones finales

La CV es un constructo universalmente estudiado, evaluado y comunicado, en múltiples campos del conocimiento y de aplicación. Es importante mantener una visión amplia de este concepto para entender su complejidad, todas sus implicaciones y la diversidad de perspectivas al respecto. La CV es útil para valorar su nivel en sí misma y para evaluar los efectos que tienen las enfermedades y su tratamiento, ya que sus dimensiones, variables e indicadores son sensibles a los cambios, por lo que se ha vuelto un constructo cada vez más utilizado no solo en ambientes hospitalarios, sino académicos y en población general, muestra de ello son los cientos de miles de publicaciones realizadas en la última década. Más de medio siglo ha sido testigo de la evolución de su conceptualización y operacionalización, no obstante, a la fecha todavía recibe críticas y se proponen nuevas formas o variables que deberían incluirse en esta, lo anterior demuestra que la psicología estudia constructos dinámicos y, concretamente la CV es uno de ellos. Se trata de un constructo multidimensional que incluye variables subjetivas claramente influidas por variables objetivas, por lo que las autoras, establecen que una de las variables clave en la CV es el bienestar emocional, resultado de aspectos materiales y su percepción de satisfacción (evaluación cognitiva).

Desde su origen se vinculó con la salud-enfermedad, pero ha trascendido a otras dimensiones, áreas o contextos. Debido a que el ser humano es un ser bio-psico-social, al afectarse la dimensión biológica impacta la social y la psicológica, por lo que resultaría complejo separarlas, ya que un aspecto central de la CV es precisamente la interrelación entre dichas dimensiones.

Aunado a lo anterior, uno de los retos para la psicología de la salud ha sido definir y diseñar la metodología idónea para la evaluación de la CV que ponga en evidencia la multidimensionalidad del mismo constructo y las interrelaciones que se entretajan al interior. Adicionalmente, es importante que dicha metodología sea susceptible de evaluar la CV en diferentes momentos; por ejemplo, para la caracterización de una muestra, para evaluar los efectos de una intervención, para evaluar los efectos propios de una enfermedad, entre otros.

En este sentido, se ha ponderado el empleo de instrumentos multidimensionales que enmarcan la complejidad del constructo; aunque también es fundamental la adaptación y validación para la población específica a quien se pretende evaluar o dar seguimiento.

Por otro lado, la consideración de los paradigmas filosóficos nos invita a pensar en el trasfondo de los planteamientos. El paradigma económico permea a la mayoría de las posturas en diferentes medidas, ya que no se puede negar que, a pesar del nivel de espiritualidad de una sociedad, cultura o persona, la realidad material impone muchas veces condiciones de vida limitantes. De ahí emerge en parte la disyuntiva entre el paradigma del bienestar objetivo y el bienestar subjetivo que viene a resolver el paradigma integrador. La tendencia global, en cuestión de paradigmas de la CV, parece ir hacia la sostenibilidad, por la primacía de la problemática ambiental. Todos estos paradigmas impactan en el paradigma de la CV relativo a la salud y pueden ser más o menos relevantes para el psicólogo de la salud, dependiendo de su campo de acción.

Algunos de los paradigmas provienen desde hace cuatro siglos y siguen estando vigentes, tal es el caso del filosófico, respecto al postulado del cálculo de la felicidad, ya que en el siglo XXI para evaluar la CV se debe valorarla. Aun cuando la CV se originó en el paradigma económico, actualmente existe consenso en tomar este paradigma como parte y no como la base del constructo. Finalmente, por mucho, el paradigma de la salud es el predominante en la CV, así la adherencia terapéutica ha sido objeto de estudio cardinal desde la psicología, esta debe fungir como un factor protector para cualquier ser humano, no solo de los pacientes, ya que sus beneficios no solo se observan a nivel personal, sino también social, político y económico. Así el papel del psicólogo de la salud en el estudio de la CV se ha vuelto un reto no solo para el psicólogo sino para los profesionales de la salud, ya que no existe un instrumento universal para evaluar la CV.

Referencias

- Acevedo, J. y González, J. (2012). La familia versus la depresión en el adulto mayor: entre la esperanza y la muerte. En L. Cano Soriano (Ed.) *Investigación en Trabajo Social* (pp. 277-294). México: UNAM.
- Acevedo, J. y González, J. (2014). No envejecemos igual: la religiosidad y el género en adultos mayores del noreste de México. *Reflexiones*, 93(1): 133-144.
- Alonso, J. (2000). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 14(2): 163-167.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del 'SF-36 Health Survey': un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20): 771-776.
- Araujo, C. (2000). Bentham: el utilitarismo y la filosofía política moderna. En CLACSO (Ed.), *La filosofía política moderna. De Hobbes a Marx* (pp. 269-288). Buenos Aires: CLACSO.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2): 161-164.
- Arostegui, I. (1998). Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto.
- Bautista, M. L. (2015). *Imagen corporal, conducta alimentaria, ajuste psicológico y calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía bariátrica: una aproximación longitudinal*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de México, México.
- Bobes, J., González, P., Bousoño, M. y Suárez, E. (1993). El desarrollo histórico del concepto de calidad de vida. *Psiquiatría*, 5(6): 5-9.
- Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social and Practice*, 31: 561-580.
- Bruno, F. Acevedo, J., Garza, R. y Castro, L. (2017). Adultos mayores y calidad de vida en Saltillo: desafíos y debates actuales. En J. Acevedo (Coord.). *Debates contemporáneos en las Ciencias Sociales*. México: Pearson
- Carbelleira, M., González, J. y Marrero, R. (2015). Diferencias transculturales en bienestar subjetivo: México y España. *Anales de Psicología*, 31(1): 199-206.
- Cárdenas, V. M., Dávila, S., Gallegos, E., Salazar, B., y Rizo, M. M. (2009). Obesidad y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolares. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 17(7): 297-301.
- Cardona, D. y Agudelo, H. B. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1): 79-90
- Cardona-Arias, J. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF, Medellín, Colombia, 2009. *Colombia Médica*, 42(4): 438-447.
- Cascaes, S., da Rosa, I., Valdivia, A., Barbosa, G., da Silva, R., Oliveira, M. y Pereira, M. (2017). Ejercicio físico, calidad de vida y salud de diabéticos tipo 2. *Revista de Psicología del Deporte*, 26(1): 13-25.
- Castaños-Cervantes, S.; Turnbull, P., y Aguilar-Villalobos, J. (2016). Adaptación y validación de una escala de bienestar subjetivo para niñas y jóvenes mexicanas sin hogar. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1): 71-92.
- Chamarro, A., Albert, L., Linares, J. E., Contijoch, N., Romero, J., Sánchez, A., Valiente, L. Ventura, S. (2007). *Ética del psicólogo*. Barcelona: Editorial UOC.
- Child Public Health (2011). *Modelo de medida Kidscreen*. Recuperado de <https://www.kidscreen.org/esp%C3%B1ol/modelo-de-medida/>

- Cieslak, F., Levandoski, G., Meira, S., Krzesinski, T., Barros, G., y Leite, N. (2007). The relationship between quality of life and physical activity in college students attending a physical education course. *Fitness Performance*, 6(6), 357-361.
- Claros, G., Rodríguez, A., Forero, D., Camargo, A. y Niño, C. (2013). Influencia familiar en el hábito del sueño en una muestra de estudiantes universitarios sanos en Bogotá, Colombia-2012. *Revista CUIDARTE*, 4(1). Recuperado de <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/2/4>
- Cramer, J. A., Perrine, K., Devinsky, O. y Meador, K. (1996) A brief questionnaire to screen for quality of life in epilepsy: The QOLIE-10. *Epilepsia*, 37: 577-582.
- Cuenca, M. (1995). *Temas de Pedagogía del Ocio*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Dorantes-Acosta, E. et al., (2012). Calidad de vida de niños mexicanos con leucemia linfoblástica aguda atendidos por el Seguro Popular. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 69(3): 242-254.
- Dueñas, G. O., Lara, M. C., Zamora, G. I., y Saunas, G. (2005). ¿Qué es la calidad de vida para los estudiantes? *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 68(3-4): 212-221.
- Elkinton, J. R. (1966). Medicine and the quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 64(3): 711-714.
- Endicott, J., Harrison, W. y Blumenthal, R. (1993) Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29(1): 321-326.
- Espinoza, J. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4(90): 57-71.
- Expansión en Alianza con CNN. (2 de junio de 2015). México, 'reprobado' en calidad de vida de su población. Expansión en Alianza con CNN.
- Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1): 51-74.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(30): 163-165.
- Fernández, J.A., Rancaño, I. y Hernández, R. (1999). Psychometric properties of the spanish version of the questionnaire PLC-PECVEC for life quality profile in the chronically ill. *Psicothema*, 11(2): 293-303.
- Fernández-López, J. A. Hernández-Mejía, R. y Siegrist, J. (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención primaria*, 28(10): 380-389.
- Fernández-López, J., Fernández, F., Cieza, A. y Ravens-Sieberer, U. (2004). Medición de la calidad de vida en niños y adolescentes: comprobación preliminar de la validez y fiabilidad de la versión española del cuestionario KINDL. *Atención primaria*, 33(8): 432-442.
- García-Campos, T., Cienfuegos-Martínez, Y., Flores-Galaz, M., Correa-Romero, F., García y Barragán, L. y Cortes, L. (2016). Violencia, cultura y bienestar. En Díaz Loving, R., Reyes, L., Rivera, S., Hernández, E., y García, R. (coord.), *La psicología social en México* (pp. 289-294). Villahermosa: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
- García, R., Hernández, M., Varona, P., Chang de la Rosa, M., Bonet, M. y Salvador, S. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores del país. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(1): 43-52.
- Gómez, E. (2009). Un recorrido histórico del concepto salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *TOG*, 6(9). Recuperado de <http://.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>.
- González-Celis, A. L. (2005). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? L. Garduño-Estrada, B. Salinas-Amescua y M. Rojas Herrera (Coord.), *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México* (pp.259-270). México: UDLA-Puebla, CECAVI, ISQOLS, PyV.

- González-Celis, A. L. y Sánchez-Sosa, J. J. (2001). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20(1): 43-58.
- González-Celis, A. L. y Sánchez-Sosa, J. J. (2001). La autoeficacia como variable mediadora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(1): 120-130.
- González-Celis, A. L. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. En: L. M. Gutiérrez-Robledo y J. H. Gutiérrez-Ávila (Eds.), *Envejecimiento Humano. Una Visión Transdisciplinaria* (pp. 365-378). México: Instituto de Geriátría. Secretaría de Salud.
- González-Celis, A. L., Tron, R. y Chávez, M. (2009). Evaluación de la calidad de vida: A través del WHOQOL en población de adultos mayores en México. México: Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala.
- González-Celis, A.L. (2009). Autoeficacia para realizar actividades cotidianas (AeRAC) en ancianos mexicanos. In A. L. González-Celis, R. (Ed.), *Evaluación en psicogerontología* (pp. 47-74). México: Editorial Manual Moderno.
- González, J. Garza I. y Hernández, A. (2016). La calidad de vida y la autopercepción de incapacidad en adultos mayores. En J. González Tovar (Coord.). *Investigación y calidad de vida: experiencias desde la academia* (pp. 30-52). México: Universidad Autónoma de Coahuila.
- Grimaldo, M. (2009). Calidad de vida en estudiantes de secundaria de la Ciudad de Lima. *Informes Psicológicos*, 11(12): 33-47.
- Guerrero-Pacheco, R., y Galán-Cuevas, S. (2015). Ansiedad y calidad de vida en diabetes mellitus tipo 2. En: E. J. Camacho-Gutiérrez y S. Galán-Cuevas (Eds.), *Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud*. México: Manual Moderno.
- Guevara, H., Domínguez, A., Ortunio, M., Padrón, D. y Cardozo, R. (2010). Percepción de la calidad de vida desde los principios de la complejidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4): 357-360. Recuperado de 07 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400011&lng=es&tlng=es
- Harper, A., y Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28: 551-558.
- Herranz-Fernández, J. L. y Casas-Fernández, C. (1996). Escala de calidad de vida del niño con epilepsia (CAVE). *Revista Neurología*, 24: 28-30.
- Herrera, D., Matos, L., Martínez, P. y Lens, W. (2015). Perspectiva de tiempo futuro y satisfacción con la vida en adolescentes: un estudio transcultural. *Revista de Orientación Educativa*, 29(55): 37-54.
- Higueta-Gutiérrez, L. F. y Cardona-Arias, J. A. (2015). Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud del adolescente. *Hacia la promoción de la salud*, 20(2): 27-42. DOI: 10.17151/hpsal.2015.20.2.3
- Hofstede, G. (2010). The GLOBE debate: Back to relevance. *Journal of International Business Studies*, 41(8): 1339-46.
- Juniper, E., Guyatt, G., Feeny, D., Ferrie, P., Griffith, L., y Townsend, M. (1996). Measuring quality of life in children with asthma. *Quality of Life Research*, 5: 35-46.
- Lara, N., Saldaña, Y., Fernández, N., y Delgadillo, H. (2015). Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Hacia la promoción de la salud*, 20(2): 102-117.
- León-Rubio, J. M., Medina-Anzano, S., Barriga-Jiménez, S., Ballesteros-Regaña, A., y Herrera-Sánchez, I. M. (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida* (pp. 11-16). Barcelona: Editorial UOC.
- Liu, B. C. (1976). Quality of life indicators in US metropolitan areas: A statistical analysis. New York: Praeger.

- Lizán, L. y Reig, A. (1999). Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Atención Primaria*, 2: 75-85.
- Manfredi, M. y Actis Di Pasquale, E. (2017). *La relación entre bienestar objetivo y subjetivo: una comparación internacional*. Comunicación presentada en Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata [ARG], 30-31 marzo 2017. ISBN 978-987-544-755-4
- Martín-Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso de salud enfermedad. *Rev. Cubana Salud Pública*, 29(3): 275-281.
- Martín-Alfonso, L. y Grau-Abalo, J. A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1): 89-99.
- Martínez-Jurado, E., Cervantes-Arriaga, A. y Rodríguez-Violante, M. (2010). Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 11(6): 480-486.
- Moral, J., Ybarra, J., Álvarez, J., Zapata, J. y González J. (2011). *Adolescentes escolarizados, sus hábitos de actividad física y alimentación. Un estudio comparativo en el Noreste de México*. México: Fontamara.
- Nava, M. G. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enfermería Neurológica*, 11(3): 129-137.
- Oblitas L. A. (2010). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida* (3a. ed., pp. 3-21). México: CENGAGE Learning.
- Organización Mundial de la Salud (1996). La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*, 17: 385-387.
- Organización Mundial de la Salud (2017). ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). About the World Health Organisation Quality of Life (WHOQoL) Project. Recuperado de <http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/qol/>
- Oropesa, F., Moreno, C., Pérez, P. y Muñoz-Tinoco, V. (2013). Routine leisure activities: opportunity and risk in adolescence. *Cultura y Educación*, 26(1), 159-183.
- Osorio, P., Torrejón, M. y Vogel, N. (2008). Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Escuchando a las personas mayores. *Revista de Psicología*, XVIII, 101-108
- Padilla, G. (2005). Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 13: 80-87.
- Peto, V., Jenkinson, C. y Fitzpatrick, R. (1998). PDQ-39: a review of the development, validation and application of a Parkinson's disease quality of life questionnaire and its associated measures. *Journal of Neurology*, 245(1): 10-14.
- Quiroz, C. y González-Celis, A. (2013). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud*, 19(2): 26-38.
- Poston, D., Turnbull, A., Park, J., Mannan, H., Marquis, J. y Wang, M. (2004). Calidad de vida familiar: un estudio cualitativo. *Revista Española sobre la Discapacidad Intelectual*, 35(3): 31-48.
- Ramón-Salvador, D., Cámara-Flores, J., Cabral-León, F., Juárez-Rojop, I. y Díaz-Zagoya, J. (2013). Consumo de bebidas energéticas en una población de estudiantes universitarios del estado de Tabasco, México. *Salud en Tabasco*, 19(1): 10-14.
- Real Ferrer, G. (2012). Calidad de vida, medio ambiente, sostenibilidad y ciudadanía ¿Construimos juntos el futuro? *Revista Novo Estudios Jurídicos*, 17 (3): 305-326.
- Riveros, A., Castro, C. G., y Lara-Tapia, H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2): 291-304.
- Robles, R., Cortázar, J., Sánchez, J., Páez, F. y Nicolini, H. (2003). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema*, 15(2): 247-252.

- Rodríguez-Blancas, M. C. (2014). Calidad de vida en niños y adolescentes epilépticos mexicanos en consulta de neuropediatría: Escala de CAVE. *Revista Mexicana Neurociencias*, 15(1): 18-22.
- Ruvalcaba, N., Salazar, J. y Fernández- Berrocal, P. (2012). Indicadores sociales, condiciones de vida y calidad de vida en jóvenes mexicanos. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 5(1): 71-80.
- Sabeh, E., Verdugo, M., Prieto, G. y Contini, N. (2009). CVI-CVIP. *Cuestionarios de evaluación de la calidad de vida en la infancia*. Madrid: CEPE
- Salgado, M., Álvarez, J., Nieto, D. y Chávez, M. (2017). Comparación de la calidad de vida en estudiantes universitarios de Cataluña, Coahuila y Nuevo México. *Revista de Psicología de la Salud (New Age)*, 5(1): 1-27.
- Sánchez-Sosa, J. J. y González-Celis, A. L. (2002). La calidad de vida en ancianos. En: L. Reynoso-Erazo y I. Seligson-Nisenbaum (Coord.), *Psicología y Salud* (p. 191). México: UNAM-CONACYT.
- Sánchez-Sosa, J. J. y González-Celis, A. L. (2002). La calidad de vida en ancianos. En L. Reynoso y I. Seligson (Coord.), *Psicología y Salud* (pp. 191-218). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez-Sosa, J. J. y González-Celis, A. L. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En V. Caballo (Coord.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 473-492). Madrid: Editorial Pirámide.
- Santisteban, J. y Reyes, L. (2016). Significado de la calidad de vida en adultos jóvenes mexicanos. En Díaz Loving, R., Reyes, L., Rivera, S., Hernández, E., García, R. (coord.), *La psicología social en México* (pp. 427-433). Villahermosa: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K. D., y Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental Retardation*, 40: 457-470.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002). *The concept of quality of life in human services: a handbook for human service practitioners*. Washington D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX*, 2: 9-21.
- Seligman, M. (2016). *Florecer: la nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. México: Océano Expres.
- Setién, M. (2000). *El papel del ocio en una vida con calidad*. En *Ocio, calidad de vida y discapacidad: Actas de las Cuartas Jornadas de la Cátedra de Ocio y Minusvalías*, (9). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sierra, J., Jiménez-Navarro, C. y Martín-Ortiz, J. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*, 25(6): 35-44.
- Sierra-Murguía, M., Vite-Sierra, A., Ramos-Barragán, V. López-Hernández, J., Rojano-Rodríguez, M. *Psychological Therapy*, 12(3): 405-414.
- Sousa, L., y Lyubomirsky, S. (2001). Life satisfaction. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender* (pp. 667-676). San Diego, CA: Academic Press.
- Urdaneta, G. y Morales, M. (2013). Manejo de habilidades sociales e inteligencia emocional en ambientes universitarios. *Revista electrónica de Humanidades, Educación y Comunicación Social*, 14: 40-60.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138(3): 358-365. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Urzúa, M. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1): 61-71.

- Varni J. W., Seid, M. y Rode, C. (1999). The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical Care*, 37(2): 126-139.
- Veehoven, R. (2005): "Lo que sabemos de la felicidad". En: L. Garduño Estrada, B. Salinas Amescua y M. Rojas Herrera: *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México* (pp. 17-56). México: Plaza y Valdés.
- Velarde-Jurado, E., y Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(4): 349-361.
- Vera, J., Laborín, J., Córdova, M. y Parra, E. (2007). Bienestar subjetivo: comparación en dos contextos culturales. *Psicología para América Latina*. Recuperado de <http://psicolatina.org/11/bienestar.html>
- Verdugo, M., Schalock, R., Arias, B., Gómez, L. y Jordán, B. (2013). Capítulo 19. *Calidad de Vida*. En M. Verdugo y R. Schalock (2013). *Discapacidad e Inclusión, manual para la docencia* (pp. 443-461). Salamanca: Amarú
- Victoria, M. R. (2005). El bienestar psicológico como dimensión de la calidad de vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2): 1-20. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/19260/18262>
- Vidal, A. (2014). Cuestionarios de control de asma pediátrica y calidad de vida. *Revista Chilena de Pediatría*, 85(3), 359-366.
- Vidal, A., Duffau, G., y Ubilla, C. (2007). Calidad de vida en el niño asmático y su cuidador. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 23(3): 160-166.
- Viteri, C., Codina, M., Cobaleda, S., Lahuerta, J., Barriga, J., Barrera, S., y Morales, M. (2008). Validación de la versión española del cuestionario de calidad de vida en epilepsia QOLIE-10. *Neurología*, 23(3): 157-167.
- WHOQOL-Group. (1997). *WHOQOL Measuring Quality of Life. Program on mental health. World Health Organization*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/PDFdocuments/QOL-WHO-MSA-MNH-97-4.pdf
- Zúñiga, E. y García, J. (2008). El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características. *Horizontes*, 13: 93-100.