

# Intervención psicológica desde la frontera norte de México

*Por* Mónica Ayala-Mira

---

CANTIDAD DE PALABRAS 57691

HORA DE ENTREGA

23-MAR-2024 02:19P. M.

NÚMERO DE  
IDENTIFICACIÓN DEL  
TRABAJO

107776718

# Intervención psicológica desde la frontera norte de México

Mónica Ayala-Mira  
Joaquín Alberto Padilla Bautista  
Ana Lucía Jiménez Pérez  
(coordinación)



## Introducción

MÓNICA AYALA-MIRA  
JOAQUÍN ALBERTO PADILLA BAUTISTA  
ANA LUCÍA JIMÉNEZ PÉREZ

Este libro reúne 13 capítulos derivados de los trabajos terminales de la primera y segunda generación de la Maestría en Psicología (MP) de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), la cual agrupa la Facultad de Ciencias Humanas; la Facultad de Ingeniería y Negocios Guadalupe Victoria, en Mexicali, y Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales, en Ensenada.

La maestría tiene un corte profesional y se orienta a la intervención psicológica. La MP nace en 2018 e ingresa al otrora Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNCP) del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) en 2020 (en ese entonces CONACYT). Este posgrado se creó para atender necesidades de intervención psicológica en contextos sociales a nivel individual, grupal y comunitario, con el objetivo de abordar, principalmente, las problemáticas propias de la frontera norte del país, como las adicciones y las violencias sociales y de género, por nombrar algunas.

Este texto se divide en dos partes y tiene como base las líneas de generación y aplicación de conocimiento (LGAC) de la MP. La primera trata sobre la intervención psicosocial y comunitaria, con siete capítulos; la segunda, sobre el bienestar psicológico y social, con seis capítulos. El desarrollo de los trabajos terminales tuvo como contexto más amplio, para la primera generación, la pandemia por COVID-19 y, para la segunda, el regreso paulatino a las aulas, centros de trabajo, entre otros espacios. Lo anterior deri-

vó no sólo <sup>2</sup> en la necesidad de generar diferentes estrategias para el diagnóstico e intervención, sino que además requirió comprender y situar los problemas desde las condiciones psicológicas y sociales de esta pandemia.

La primera parte del libro presenta trabajos que abordan problemas psicosociales y comunitarios desde los elementos teórico-conceptuales, metodológicos y de diagnóstico e intervención psicosocial. Sus miradas son diversas y abordan temas actuales, como el trabajo de cuidados, los factores psicosociales en el trabajo, la adherencia escolar, entre otros.

El primer capítulo, “Intervención telepsicológica psicosocial durante el COVID-19 con abuelas cuidadoras vulneradas de la frontera norte de México”, aborda a un problema del México contemporáneo: la sobrecarga emocional en abuelas ante el trabajo de cuidados de sus nietos. La pandemia del COVID-19 limitó la intervención de forma presencial; por lo tanto, fue telepsicológica con apoyo de diferentes medios. Utilizó la metodología de la escuela para padres y madres, concentrándose en los temas que arrojó el diagnóstico en calidad de necesidades: crianza, comunicación, emociones por pérdida, preocupación, tristeza y desesperación. Lo anterior junto con la gestión de recursos y proyecto de vida.

El capítulo “Propuesta de diagnóstico comunitario participativo en el Valle de Puebla, Mexicali, Baja California” presenta el diagnóstico de una intervención psicosocial cuyo objetivo es guiar, mediante estrategias de participación comunitaria, a una cohesión social a partir del sentido de pertenencia de un grupo de personas residentes de esa demarcación. La persona lectora encontrará en este capítulo un ejemplo práctico del uso de la *metodología del marco lógico*, una herramienta que emplea la participación de los involucrados y que permitió identificar las necesidades de la población con base en problemas comunitarios y, a su vez, localizar soluciones que faciliten una mejor convivencia social.

El tercer capítulo, “Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: antecedentes y aproximaciones metodológicas”, se aboca a los entornos organizacionales. Se orienta específicamente a aquellos elementos que históricamente se han analizado sobre el bienestar de las trabajadoras y trabajadores. En un inicio establece cómo el enfoque más tradicional de calidad de vida dominó la escena; en consecuencia, se abocó a la prevención de riesgos físicos, químicos y ambientales, así como a riesgos de accidentes y enferme-



dades laborales. Posteriormente puntualiza cómo el tema fue virando de las condiciones materiales del trabajo y sus consecuencias a las psicosociales, como ansiedad, depresión, estrés, etcétera, aun dentro de un enfoque de calidad de vida. Finalmente hace una revisión sobre los principales enfoques metodológicos en la identificación de los factores de riesgo psicosociales y las metodologías empleadas.

El capítulo “Dimensión ética del cuidado informado del trauma en personas usuarias de drogas” realiza una crítica del modelo biomédico en la atención a esta población. Este modelo de salud pública ha derivado en estigma, criminalización y diferentes formas de violencias institucionales. El cuidado informado del trauma se orienta a la atención integral de las personas que han pasado por traumas duraderos, severos y complejos que van en detrimento de su salud física y mental. Las personas usuarias de drogas ha pasado por diferentes traumas derivados de su vulnerabilidad. La dimensión ética del cuidado informado del trauma de personas usuarias de drogas implica que todos los involucrados en los procesos y tratamientos procuren una atención respetuosa de los derechos humanos, a fin de que el estigma y la discriminación se suplan por el respeto y humanización de la persona usuaria de drogas. Eso representa un acompañamiento ético, empático, sensible y comprensivo.

Ahora bien, los últimos dos capítulos abordan la adherencia: uno se centra en la adherencia escolar y el otro en las creencias sobre la adherencia al tratamiento en demencia. El primero de estos dos, “La adherencia escolar como factor protector de conductas antisociales en adolescentes”, se orienta en un primer momento a las causas del abandono escolar, a partir de estadísticas y de elementos que permiten la comprensión del tema. Lo establece como un problema multicausal en donde intervienen no sólo las y los alumnos, sino también los docentes y el entorno social. Posteriormente aborda los factores de riesgo y protectivos en población adolescente ante violencia, crimen organizado, consumo de sustancias y conductas antisociales, para ubicar la adherencia escolar como un factor protector.

El último capítulo de esta primera parte, “Creencias sobre adherencia terapéutica demencia: cuidadores de personas con deterioro cognitivo”, sitúa el aumento en el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas en el mundo a partir del envejecimiento de la población. Esto genera retos

importantes en el área de la salud, aunados a elementos sociales, económicos y clínicos. Una de las dimensiones importantes se encuentra en las personas que cuidan, generalmente mujeres, las cuales enfrentan cotidianamente la demencia en uno de sus familiares. El tratamiento no farmacológico en esta población implica, además de la parte medicamentosa, el trabajo con síntomas conductuales, el apoyo emocional y las deficiencias cognitivas, con el fin de promover en lo posible su autonomía y funcionalidad. El modelo de creencias de la salud, en relación con tratamiento no farmacológico, permite observar las nociones sobre éste por parte de los cuidadores y sus posibilidades de adherencia al mismo.

En la segunda parte del libro se presenta la LGAC sobre bienestar psicológico y social, por lo que al respecto se incluyen diversos trabajos centrados en temas como el trastorno del espectro autista, las adicciones, el comportamiento antisocial, el procesamiento moral, así como una propuesta de diagnóstico comunitario, autorrepresentación en redes sociales, inteligencia emocional y emociones masculinas. Los trabajos en este campo pueden ser de utilidad para la persona lectora en tanto que presentan no sólo aproximaciones para la intervención, sino que además, como fundamento de éstas, han partido de la investigación centrada en las variables que permiten entender estos fenómenos, específicamente en el contexto de la región en la que habitamos.

En el capítulo “Niños con trastorno del espectro autista. Una propuesta de intervención para profesionales de la educación”, se hace una propuesta de intervención centrada en mejorar las habilidades de comunicación de niños con dicho trastorno. Se especifican los lineamientos que permitirían la evaluación, así como directrices y herramientas específicas para la enseñanza de estas habilidades, entre la población objetivo, las cuales pueden ser de utilidad no sólo para psicólogos, sino también para los docentes. Por ello dichas estrategias aparecen estructuradas en una serie de fases que pueden facilitar el aprendizaje por parte de los niños.

Ahora bien, se presentan en el libro dos capítulos, no consecutivos, dirigidos al tema de las adicciones. El primero de ellos, “Adaptación cultural de una intervención para adolescentes: una propuesta desde la perspectiva de terapeutas”, parte del trabajo colaborativo que se ha realizado con los profesionales que trabajan en los Centros de Atención Primaria a las Adic-

ciones, en Baja California, con la idea de realizar adaptaciones a una serie de intervenciones basadas en evidencia científica, a fin de que respondan a las necesidades de los usuarios de esa región. De este modo, como resultado de este proceso de adaptación cultural, se incorporan materiales para el manejo del uso de metanfetaminas como parte de la sesión de inducción, en vista de que se ha documentado un incremento en el uso de esta sustancia entre los adolescentes del estado. Cabe señalar que, además, se presenta una serie de resultados cualitativos, derivados de entrevistas con los terapeutas, que permiten identificar los retos y experiencias a los que se enfrentan día a día y que, sin duda, impactan sobre la eficacia de sus intervenciones. Por tanto, es un trabajo que es de ayuda no sólo para los clínicos, sino para los tomadores de decisiones en las instituciones.

Siguiendo con el tema de las adicciones, en el capítulo “Modelos de tratamiento en adicciones vigentes en México” se realiza una revisión con respecto a la diversidad de formas de abordaje del consumo de sustancias en el país, no sólo considerando aquellas meramente psicológicas, sino también teniendo en cuenta que parte del tratamiento en este campo ha sido el de tipo farmacológico. En este capítulo se presenta de manera contundente la importancia del trabajo multidisciplinario que se requiere para el tratamiento de las adicciones, además de resaltar la cantidad de programas con validez científica que se implementan en el estado, los cuales, cabe resaltar, derivan de la investigación que se ha realizado en distintas universidades, como en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). De tal forma que este capítulo puede permitir a los profesionales que se dedican a este campo ubicar una diversidad de intervenciones específicas y acordes con una variedad de niveles y formas de consumo de sustancias.

Por otro lado, el consumo de sustancias, al igual que una diversidad de comportamientos, implica tomar decisiones. Esto es un proceso clave incluso en la intervención psicológica. La toma de decisiones ha sido abordada desde una serie de enfoques y perspectivas; sin embargo, una de las que más auge está teniendo es la neuropsicológica. Así, partiendo desde esa aproximación, en el capítulo “El procesamiento moral en adultos jóvenes: correlatos cognitivos y neurofisiológicos”, se concibe la importancia que tiene el estudio y comprensión de las funciones ejecutivas en conjunto, para entender la manera en que, una vez que los jóvenes están expuestos a una

serie de dilemas sociales o morales, toman elecciones diversas, lo que implica que su atención y memoria decodifican la información siguiendo patrones variados e integrando dicha información de tal manera que ello impacta sobre tareas como la planeación y la elección, implicadas en la toma de decisiones. En dicho capítulo se muestra que si bien muchos de los estudios se han centrado en la evaluación de funcionamiento ejecutivo o en la evaluación por medio de imágenes cerebrales, la intervención a este nivel implica todavía una serie de retos que, de solventarse, generarían beneficios que pueden coadyuvar en la reducción o mejora de una serie de problemas sociales, incluso en mejoras en la calidad del trabajo que realizan profesionales en formación.

El bienestar psicológico y su relación con actividades cotidianas, como el uso de redes sociales, no debe pasar desapercibo. En el capítulo “Autorrepresentación en redes sociales y su influencia en el autoconcepto de estudiantes universitarios de Ensenada, B. C.” se aprecia la importancia de estos estudios y, sobre todo, de contar con evidencia suficientemente sólida para el desarrollo de intervenciones pertinentes. En este capítulo se analiza la sobreexposición social que promueve la comparación social y la preocupación por el físico. Con la evidencia encontrada se propone una intervención desde el modelo cognitivo conductual, con la intención de modificar las conductas desadaptativas y con ello trabajar el autoconcepto e insatisfacción corporal.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha destacado el impacto que tienen el abandono, el abuso y el maltrato sobre la falta de seguridad, afecto, confianza y autoestima de niños y niñas. En el capítulo titulado “Programa de Inteligencia Emocional en niños de Casa Hogar del Valle de Mexicali” se busca corroborar la importancia de la inteligencia emocional como un medio de prevención de conductas de riesgo y como potencializador de habilidades positivas. El programa, desarrollado en una casa hogar de una zona rural del valle de Mexicali, fue de carácter longitudinal y empleó una muestra intrasujetos con preprueba y posprueba. La intervención llevada a cabo dentro de la primera ola de la pandemia por COVID-19 destaca la importancia del análisis individual y grupal de la muestra.

Si bien los estudios de los hombres comenzaron en la década de 1970 en las universidades estadounidenses, las aproximaciones en el resto del mundo parecen llevar un ritmo distinto. El capítulo “Emociones y masculinidad hegemónica: Afectaciones en hombres del valle de Mexicali” se destaca por ser el primero en abordar esta problemática dentro del valle de Mexicali y su población. El objetivo de su estudio fue identificar las afectaciones de la vida emocional de los hombres impuesta socialmente por una masculinidad hegemónica. Este primer objetivo pretende ser el diagnóstico inicial y, mediante un análisis de contenido, brinda la evidencia de que esferas y aspectos de la vida de los hombres se ven afectadas debido a la represión emocional.

En suma, la persona lectora encontrará propuestas para el diagnóstico e intervención psicológica en un espacio muy específico: la frontera norte de México, un espacio cuya diversidad, debida a las condiciones migratorias (de paso, mencionemos el asentamiento y la transnacionalidad), económicas, rurales y urbanas, establece necesidades específicas de abordaje. Este texto busca contribuir desde la mirada de jóvenes psicólogas y psicólogos a la disciplina y sus posibilidades de aplicación.

**PRIMERA PARTE**

**INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y COMUNITARIA**

# 1. Intervención telepsicológica psicosocial durante el COVID-19 con abuelas cuidadoras vulneradas de la frontera norte de México

ALMA ANGELINA HURTADO ZAMORA\*  
CARLOS DAVID SOLORIO PÉREZ\*\*  
MÓNICA AYALA-MIRA\*\*\*  
ANA JOSEFINA CUEVAS HERNÁNDEZ\*\*\*\*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.154.01>

## Resumen

Este trabajo deriva de una investigación mayor que tuvo como objetivo documentar una intervención telepsicológica psicosocial con tres abuelas cuidadoras de adolescentes escolarizados en una escuela de educación secundaria de Mexicali, enfocada en fortalecer algunas habilidades educativas y emocionales con las que se puedan sentir más competentes y seguras en su papel. Si bien la intervención se había planeado de manera presencial en un primer momento, la pandemia por COVID-19 modificó la estrategia de presencial a virtual, lo que tuvo como consecuencia la experiencia de una manera diferente de trabajo. La intervención telepsicológica psicosocial tuvo como base una metodología mayormente cualitativa con una evaluación pre y poscuantitativa y cualitativa. A nivel teórico, se recuperaron los lineamientos de una escuela para padres para adaptarlos al contexto de

- \* Maestra en Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4284-8595>
- \*\* Doctor en Ciencias sociales. Profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7100-5509>
- \*\*\* Doctora en Psicología. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4604-272X>
- \*\*\*\* Doctora en Sociología. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Letras y Comunicación, Universidad de Colima, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0915-8800>



abuelas cuidadoras. La propuesta que aquí se documenta está enfocada en promover la intervención, acompañarla de atención individual o en grupos reducidos y enfocarse no sólo en aspectos educativos, sino tanto en las emociones derivadas del trabajo que están realizando las abuelas cuidadoras vulneradas, como en los apoyos institucionales que se pueden focalizar en ellas y sus problemáticas.

**Palabras clave:** *COVID-19, personas que cuidan, intervención psicosocial.*

## Introducción

En este trabajo de intervención psicosocial se analizaron las necesidades de tres mujeres adultas que destinan la mayor parte de su tiempo a cuidar de nietos cuyos padres no están presentes en el hogar por diversas razones. Originalmente la intervención psicosocial estaba planeada para ser desarrollada en la modalidad de taller presencial; sin embargo, ante la emergencia sanitaria por COVID-19, se decidió hacer la intervención en modalidad telepsicológica, ya que las informantes previamente habían aceptado formar parte del taller y se contaba con el contacto para hacer la intervención por medios electrónicos.

La intervención telepsicológica, en este caso, se realizó con ayuda de medios electrónicos para atender a personas en una emergencia, en este caso sanitaria (De la Torre y Pardo, 2017; APA, 2013). Cabe destacar que, antes de la intervención telepsicológica, las personas involucradas ya se conocían y se había tenido un trabajo previo de diagnóstico en modalidad presencial, lo cual reduce, en parte, las desventajas de la intervención telepsicológica relacionadas con la confianza y el *rapport* entre las personas involucradas (Argüero *et al.*, 2021).

Este estudio coadyuva en el conocimiento de las necesidades más apremiantes de mujeres, en su mayoría adultas mayores, quienes en esta franja fronteriza enfrentan el desafío de resolver problemáticas educativas y emocionales de nietos pertenecientes a una generación con gran distancia de la suya. Además, contribuye de manera particular a la propuesta de estrategias

tendientes a fortalecer algunas habilidades educativas y emocionales con las que se lleguen a sentir más competentes y seguras en su función.

La presente intervención fue motivada por una creciente aparición de abuelas como cuidadoras, asunto observado sistemáticamente en el Departamento de Orientación de la escuela secundaria en donde se originó esta investigación. Buz y Bueno (2006) señalan que “tradicionalmente los abuelos han sido cuidadores secundarios de sus nietos”, aunque “en la actualidad, este rol [*sic*] no sólo se mantiene, sino que, al haber cambiado las circunstancias, muchos abuelos deben ejercer de modo más activo su papel de cuidadores” (pp. 8-9). Los abuelos varones también se llegan a ver involucrados en el cuidado de sus nietos, pero son primordialmente las abuelas las que realizan el trabajo de crianza, y es importante resaltar esa línea materna en la provisión de estos cuidados. Esto significa que las abuelas cuidan a los descendientes de sus hijas. Por lo regular ellos intervienen en la ausencia de las abuelas.

¿Quién es responsable de apoyar a estas abuelas?, ¿quién está para auxiliarlas? En México no se conocen programas específicos que atiendan estas problemáticas. No existen políticas públicas, protocolos jurídicos o iniciativas de ley, en ninguno de los tres niveles de gobierno, que proporcionen garantías, asistencia social o protección a abuelos. El escenario educativo no es la excepción. Si bien las abuelas que fungen como madres son incluidas en ocasiones en los entrenamientos de escuelas para padres, en los centros educativos no se promueven espacios de atención y sensibilización destinados exclusivamente a atender sus necesidades y disminuir sus dificultades.

Por lo anterior, se estableció como objetivo general aumentar los conocimientos, la práctica efectiva y algunas competencias emocionales de las participantes respecto a la crianza de sus nietos, mediante la implementación de una Escuela para Abuelas Cuidadoras, con fundamento en la Escuela para Padres, de manera virtual.

El texto se divide en dos apartados: el primero está destinado a describir de manera general la metodología y el proceso de planeación de la intervención, incluyendo el diagnóstico realizado, además de que se expone lo más representativo de la intervención; en el segundo se recogen algunas conclusiones y recomendaciones generales de la intervención realizada.

## Marco metodológico

Se trabajó con tres mujeres de edades de 55, 68 y 69 años a la fecha de la aplicación (noviembre de 2020). Todas eran abuelas cuidadoras de al menos un adolescente entre 12 y 15 años. Eran personas con las que se logró mantener contacto telefónico, con suficiente capacidad auditiva y que mostraron disponibilidad para participar. Cada una había referido el deseo de mejorar su papel como abuela y había dicho que no siempre se sentía segura de estar desarrollándose bien su función.

El trabajo de campo se desarrolló desde una pequeña oficina, habilitada para estos fines en una casa-habitación, lugar hasta donde se ha trasladado el trabajo escolar. Desde ahí se realizaron los contactos telefónicos con cada una de las participantes del proyecto. El lugar está aislado de ruidos e interrupciones. Ahí mismo se cuenta con los insumos para llevar a cabo las grabaciones y los registros manuales de lo sucedido en cada una de las sesiones. Todos los documentos que se generaron están bajo estricto resguardo, tal y como lo indican los documentos referentes al *Código Ético del Psicólogo* (SMP, 2010) y los *Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct* (APA, 2017).

Se <sup>18</sup>consideró un enfoque cualitativo de tipo exploratorio. Este tipo de diseños permiten el ajuste del plan durante el proceso, con base en las nuevas necesidades de conocimiento que se van presentando (Bautista, 2011, p. 160). Además de su flexibilidad, sirven para comprender con mayor detalle las situaciones estudiadas, especialmente “[...] si nos encontramos tratando de atender un problema que no está plenamente definido, además de tener la posibilidad de generar hipótesis que pudieran conducir a realizar estudios más profundos sobre este tema” (Hernández, 2018, p. 191). La prioridad es entender los puntos de vista de las participantes y diseñar la mejor opción de atención para cada una.

Se buscó cubrir la necesidad de un grupo de mujeres mediante la implementación de una Escuela para Abuelas Cuidadoras de manera virtual, con la que pudieran mejorar su nivel de conocimiento y práctica de una crianza más efectiva, así como el aumento de competencias emocionales de seguridad y satisfacción en la tarea que realizan. Para ello se realizó una entrevista semiestructurada y se aplicó un cuestionario, mediante los cuales se exploraron las necesidades sentidas por las participantes junto con su propia percepción con respecto a sus habilidades, conocimientos y competencias para desarrollar su tarea de cuidadoras (García, 2017). Estos instrumentos fueron adaptados y sometidos a una evaluación de personas expertas.

Para ello se planeó:

- (a) Generar un espacio de confianza con las participantes mediante las llamadas telefónicas.
- (b) Aplicar los instrumentos con el fin de llevar a cabo un diagnóstico de sus necesidades.
- (c) Llevar a cabo una adecuada planeación del trabajo con cada abuela o con el grupo de abuelas desde el espacio virtual.
- (d) Desarrollar las sesiones individuales de trabajo en las que las participantes adquirieran mayores conocimientos, herramientas y competencias emocionales con el fin de que pudieran desarrollar de manera más efectiva su papel de abuelas cuidadoras y reflexionen respecto al trabajo que han realizado.
- (e) Conocer, mediante las experiencias y las reflexiones de las participantes, además de una segunda aplicación de los instrumentos seleccionados, la posible efectividad de la atención y el impacto sobre su propia percepción de su papel reportada al inicio.

La intervención consistió en atención individual vía telefónica, que pertenece al apartado de intervención telepsicológica (APA, 2013), y constó de diez sesiones distribuidas a lo largo de tres fases: (a) diagnóstico, (b) ejecución y (c) evaluación. Dos sesiones corresponden a la fase diagnóstica, siete a la intervención y una a la evaluación. Para llevar a cabo el análisis de

las entrevistas y cuestionarios, se utilizó lo propuesto por Gibss (2012) sobre selección de categorías generales y su respectiva codificación.

## Diagnóstico y planeación de la intervención

Con relación a la exploración sobre las *necesidades sentidas o expresadas* por las participantes, entendida como la percepción de carencia de algo, o respecto a su intención o deseo de que se le preste un servicio para resolver una situación, ellas coincidieron en el interés de estar más informadas sobre (a) cómo desarrollar de mejor forma la crianza de sus nietos, (b) cómo encaminarlos para tener éxito en sus estudios y (c) la orientación que requieren para manejar algunos problemas específicos, tales como barreras en la comunicación o posibles problemas de aprendizaje. De acuerdo con los enfoques de formación parental que ya se han expuesto con anterioridad, las habilidades que se requieren para hacer frente a muchos de estos compromisos se basan en el *conocimiento experiencial* (Máiquez *et al.*, 2000; Cano, 2015).

Aunque este trabajo consiste en una intervención con abuelas, y no con padres de familia como tal, estos principios de formación corresponden a las necesidades que han sido planteadas por medio de este diagnóstico preliminar. Las mujeres que están siendo acompañadas han referido el deseo y la necesidad de participar en una Escuela para Abuelas Cuidadoras por cuanto coinciden en su deseo de querer ser quienes (a) impulsen el logro educativo de sus nietos, (b) estimulen su motivación y (c) les ayuden a mantener el enfoque en los temas escolares.

Otro aspecto coincidente con respecto a esta categoría de *necesidades sentidas y expresadas* es el que respecta a la *comunicación*, refiriendo primordialmente el deseo de (a) mejorar el nivel de confianza con sus nietos, (b) que ésta sea más profunda y (c) tener habilidades más precisas para desarrollar una mejor relación con ellos.

De forma particular se hizo referencia a un *problema de aprendizaje* que no está siendo atendido y que requiere de un adecuado diagnóstico y posible canalización para su tratamiento, por lo cual se volvió necesaria la asesoría pertinente para su manejo adecuado.

La estrechez económica de los abuelos que cuidan nietos fue la problemática más apremiante en la vida de una de las participantes y el segundo más importante para otra. A este respecto, Jiménez (2012) señala que

En cuanto a lo socioeconómico aumentan los gastos en la economía familiar, persiste la dependencia económica sobre su pareja e hijos/as, resulta difícil compatibilizar los cuidados con la posibilidad de realizar algún trabajo remunerado, no pueden hacer ahorros o gastar más allá de lo estrictamente necesario. (p. 27)

Sólo para la tercera de las abuelas el factor económico no implicó un problema que limite su función como cuidadora, pues refirió que, aunque ella no cuenta personalmente con los recursos, sí tiene algunos apoyos de tipo familiar para hacerle frente a su nueva tarea: ser la tutora de sus nietas ante la pérdida de su nuera, madre de las niñas.

En lo referente a la *efectividad*, entendida como la apreciación que las participantes tienen sobre su desempeño, la percepción de su propia capacidad de estar logrando el efecto que se desea se pone de relieve en el hecho de que todas validaron su trabajo como abuelas cuidadoras, reconociéndose a sí mismas como personas (a) cariñosas, (b) con control emocional, (c) interesadas en mantener un nivel adecuado de comunicación y (d) una relación positiva con sus nietos. Refiere una de ellas que lo que no ha sido posible lograr se debe a factores económicos, mencionando de nueva cuenta que esto es lo que ha limitado su desempeño. Esta actitud positiva hacia su función, en términos generales, es algo que no se esperaba recoger en las entrevistas y cuestionarios, debido a la frecuencia con que abuelas cuidadoras se habían mostrado preocupadas por no saber si estaban realizando adecuadamente dicha función.

En cuanto a la *seguridad* con que están realizando su función, aunada a su determinación, su confianza, vigor, su certidumbre y solidez al ejercerla, es importante destacar lo siguiente: aunque admitieron que ha sido una tarea difícil llevar a cabo este trabajo de crianza, las participantes asumieron que sí han cumplido con la función, destacando tres aspectos mediante los instrumentos: (a) esfuerzo continuo, (b) trabajo enfocado en la tarea y (c) con responsabilidad. Aunque estos valores que manifestaron

representan su convicción de estar realizando la función de cuidadoras apropiadamente, son estos mismos, precisamente, los factores que generan el desgaste, cansancio y sobrecarga que se puede observar en su trabajo cotidiano.

Otro rubro con resultados inesperados fue el relacionado con la *satisfacción* por la realización de la función, entendida como el contentamiento, complacencia, alegría, placer y plenitud en el desarrollo de la tarea de cuidadora. Todas las participantes expresaron sentimientos claros de satisfacción con respecto a su papel como cuidadoras, pues en general es una tarea que encontraron (a) emocionante, (b) bonita, (c) feliz, (d) disfrutable, (e) con una meta por cumplir y (f) con una buena experiencia. La totalidad de las participantes ha considerado que no ha sido un trabajo fácil, pero todas subrayan que cuidar de los nietos en esta manera no planeada, inesperada, sí les ha proporcionado sentimientos de felicidad.

Al realizar este diagnóstico, se pudo encontrar una serie de factores resultantes de una categoría emergente a la que se denominó *otros sentimientos o emociones*, puesto que no corresponden con las categorías previamente mencionadas. Sin embargo, dada su importancia, se consideró necesario incorporarlos en la planeación de la intervención por tratarse de aspectos que comprometen el bienestar físico y emocional de las personas participantes. Hablamos de (a) proceso de duelo en curso por la pérdida de una hija; (b) proceso de duelo en curso por la pérdida de la madre de las nietas (nuera); (c) sentimientos de preocupación, tristeza, desesperación, angustia, y (d) estrés (producto de la sobrecarga).

Los temas que fueron mencionados con mayor interés en cada una de las categorías y que fueron considerados para el diseño de las sesiones son los siguientes:

***Categoría: Necesidades sentidas y expresadas***

(a) Cómo desarrollar de mejor forma la crianza de sus nietos, (b) cómo encaminarlos para tener éxito en sus estudios y (c) la orientación que requieren para manejar algunos problemas específicos, tales como barreras en la comunicación o posibles problemas de aprendizaje. Los temas específicos de comunicación fueron éstos: (a) mejorar la confianza, (b) que ésta



sea más profunda y (c) tener habilidades más precisas para llevarla a cabo con éxito.

**Categoría: Otros sentimientos o emociones**

(a) Proceso de duelo, inconcluso por la pérdida de una hija; (b) proceso de duelo, inconcluso por la pérdida de la madre de las nietas (nuera); (c) sentimientos de preocupación, tristeza, desesperación, angustia, y (d) estrés (producto de la sobrecarga).

Los hallazgos hasta aquí presentados nos brindaron las pautas para diseñar un *plan de intervención*, con el cual se buscó atender las necesidades que se lograron identificar en la fase diagnóstica. Los contenidos ofrecidos fueron diferentes por tratarse de tres participantes con necesidades particulares de atención.

A continuación se describen los temas que se trabajaron en las sesiones individuales de intervención (de la número 3 a la número 9), los cuales fueron elegidos con base en las opiniones, respuestas y apreciaciones vertidas por las participantes. Cabe aclarar que en la sexta sesión se adecuaron a las necesidades específicas de la participante, es decir, la teoría indicó cuáles temas serían para todas ellas y, a su vez, las participantes expresaron sus necesidades particulares, las cuales aparecen a continuación:

- (a) Ser abuela cuidadora en estos tiempos. Sus implicaciones y trascendencia.
- (b) Estilos en la crianza de los nietos. Errores y aciertos/ Ventajas y desventajas.
- (c) La importancia de la comunicación familiar.
- (d) Barreras en la comunicación familiar.
- (e) Cómo tener éxito escolar.
- (f) \*Gestión de recursos para solventar necesidades de los nietos. Las becas escolares (de acuerdo sólo con la Abuela 1).  
\*Qué es y cómo se atiende un problema de aprendizaje (de acuerdo sólo con la Abuela 2).  
\*Manejo de estrés y ansiedad (de acuerdo sólo con la Abuela 3).
- (g) Proyecto de vida: mis planes futuros.

## La intervención

La forma en que se presenta el análisis es distributiva, es decir, por cada informante, a las que nos referiremos como Abuela 1, Abuela 2 y Abuela 3. La riqueza de esta sección estriba en las percepciones que las informantes expresaron sobre su desempeño como abuelas al inicio del estudio y la forma en que las fueron modificando a lo largo de la intervención, de modo que en la evaluación ellas señalan mejores prácticas como abuelas cuidadoras de nietos adolescentes.

El trabajo desarrollado con las tres abuelas cuidadoras, desde la evaluación inicial, la intervención y la evaluación final, nos aportó información muy divergente, aunque de sumo interés. En primera instancia estarían las historias de vida, los contextos socioculturales y económicos, las experiencias como madres y abuelas, la capacidad de agencia de cada una. Todos eran diferentes. Pero, si hablamos de semejanzas o un común denominador entre las abuelas, se pueden destacar el firme interés en recibir el apoyo y acompañamiento en su tarea de cuidadora, su disponibilidad para apartar tiempo y destinarlo a actividades tendientes a adquirir mejores habilidades, su constante preocupación por el futuro de sus nietos (a quienes las tres consideran hijos) y un modo de vida sacrificado en favor del crecimiento y desarrollo de nietos sanos y bien atendidos por ellas, dado que sus propios padres no se encuentran realizando su acompañamiento parental.

Algunos factores que llegaron a obstaculizar el cumplimiento de lo planeado fueron las múltiples ocupaciones domésticas de las abuelas, las situaciones familiares imprevistas (por ejemplo, problemas de salud propios o de algún miembro de la familia) y, en algunas ocasiones, problemas tecnológicos (falla en la red telefónica). Esto ocasionó que algunas sesiones se tuvieran que reprogramar.

Los aspectos que primordialmente favorecieron este trabajo de intervención fueron el sostenido interés y la participación entusiasta de las abuelas. Ellas se encontraban atentas para recibir las llamadas previamente programadas y en varias ocasiones comentaron que se les hacía larga la espera de la semana para tener una nueva sesión de trabajo. Otro factor positivo estriba en la simplicidad de las llamadas telefónicas para llevar a cabo estas

conferencias, pues se intentó que tuvieran un alto nivel de retroalimentación, a diferencia de todas las implicaciones de realizar trabajo presencial y grupal, tales como dificultades de traslado, mayor inversión de tiempo, necesidad de contar con la seguridad un espacio propicio, menor oportunidad de participación, etcétera. La modalidad telefónica, persona a persona, resultó ser práctica y eficiente para el caso de esta intervención.

Mientras que la Abuela 1 y la Abuela 3 experimentaron más apremiantes algunas necesidades de tipo material, aspecto que no estaba previsto para ser atendido, la Abuela 2 requirió reforzar habilidades de comunicación y confianza con sus nietas. En lo que respecta a la categoría de efectividad, la Abuela 1 y la Abuela 2 mostraron haber aumentado la apreciación sobre su desempeño como abuelas cuidadoras; por su parte, aunque con la Abuela 3 no fue posible evaluar ninguno de los cinco rubros, desde el principio reportó una efectividad baja sobre su desempeño, supeditando su funcionamiento (que ella consideró insuficiente) a las malas condiciones materiales que padece junto a su familia.

En lo referente a la categoría de seguridad, la Abuela 1 fue más contundente al referir que se encontraba realizando adecuadamente su función, mientras que la Abuela 2 señaló que le faltaba mucho por lograr todavía; a la Abuela 3 no se le pudo cuestionar al respecto, pero fue evidente, hasta la sesión de intervención que se trabajó, que su seguridad en la función se mantenía mermada por el hecho de que, en su opinión, no suplía las necesidades básicas de sus nietos.

Respecto a la categoría de satisfacción, ocurrió algo semejante a la categoría anterior: la Abuela 1 expresó mayores sentimientos y emociones de esta naturaleza que las otras informantes. Aunque llevar a cabo la función resultaba complicado para las tres abuelas, sólo la Abuela 1 manifestó sentirse plenamente satisfecha en el papel de cuidadora, pese a las carencias y diversas dificultades en la dinámica familiar actual. La Abuela 2 lo hizo medianamente y en la Abuela 3, tal como en la categoría anterior, pesaba más la carencia económica como necesidad por satisfacer y a su vez como obstáculo para atender otros ámbitos de su persona y familia.

Finalmente, en la categoría emergente de otras emociones, sentimientos y hallazgos, destacan los sentimientos de libertad de la Abuela 1 y los estados de mayor tranquilidad emocional de la Abuela 2, aspectos que indican

estar relacionado con efectos favorables de la intervención. En términos generales, en los discursos de las informantes existen indicativos de que fueron afectadas positivamente por medio de la intervención individual de tipo telefónico, toda vez que señalaron la puesta en práctica de habilidades, aptitudes y actitudes en su función que no eran parte de sus repertorios en el inicio del presente estudio.

De acuerdo con los resultados que se obtuvieron mediante la evaluación, consideramos de suma importancia destacar lo siguiente:

- (a) La Abuela 1 concluye que ya no les grita a sus nietos, que se atreve a compartir el cuidado con la madre, que experimenta sentimientos de libertad, que ha tomado consciencia de la madurez y las necesidades de sus jóvenes nietos, que eso ha redundado en la reducción de conflictos en el seno familiar y que se siente más satisfecha, feliz y enfocada en su papel.
- (b) La Abuela 2 concluye que ha ido mejorando, que está buscando el camino más adecuado para la solución de diversos problemas de la familia, que trata de encontrar la mejor manera de cuidar de sus nietas, que está aprendiendo a tomar mejores decisiones y a no permitir que las circunstancias la afecten, que está adquiriendo una *nueva filosofía* donde es más positiva, que entiende la importancia de expresar emociones y sentimientos y que enseña a las menores a hacer lo mismo, que se enfoca en tratar de hacerlas sentir bien, que se percibe más organizada, que cuando la cosas no le resultan como espera lo vuelve a intentar, que se siente bien porque ya ha asimilado el compromiso del cuidado, que ya disfruta la función sin sentirse afectada y que ha aprendido a manejar su estrés y a controlar sus emociones.

## Conclusiones

Se pretende que esta intervención constituya un aporte para despertar el interés de otros colegas y especialistas que contribuyan a mejorar las relaciones familiares entre distintas generaciones en torno a la educación esco-

larizada y que ello, a su vez, genere nuevas y mejores intervenciones psicossociales.

Se destaca que el trabajo con tres abuelas cuidadoras fue un ejercicio enriquecedor en muchos sentidos. Cada una tuvo la libertad de trabajar de acuerdo con sus intereses y necesidades más apremiantes del momento. El trabajo individualizado privilegió de manera considerable a las participantes, tanto por el tiempo ofrecido como por la atención personalizada, además de la información y alternativas ofrecidas a lo largo de este trabajo.

Las expresiones de agradecimiento y satisfacción de ambas abuelas tras su participación en el programa de intervención obran en las grabaciones y transcripciones de las diversas sesiones que conformaron el proyecto de atención. Y, aunque para estos fines se trató de un número reducido de abuelas, se considera pertinente continuar brindando atención por este medio a decenas de mujeres que hoy en día realizan esta desafiante tarea sin contar, en ocasiones, con el apoyo familiar, escolar, institucional o de otro tipo.

Todos los manifiestos, discursos y experiencias personales que han sido documentados a lo largo del trabajo, pero especialmente al cierre de esta intervención telefónica, dan suficiente consistencia para validar la idea de que esta aproximación a distancia con abuelas cuidadoras sí respondió a necesidades e incidió en el fortalecimiento de competencias educativas y emocionales de efectividad, seguridad y satisfacción requeridas para llevar a cabo un trabajo de crianza favorable. Aunque no tenemos conocimiento de otro estudio reciente con abuelas cuidadoras donde la atención durante esta emergencia mundial se haya llevado a cabo por medio de llamadas telefónicas, contamos con el sustento bibliográfico, y hay algo más que hemos referido antes: en el tiempo de condiciones sanitarias inusitadas, se ha dado respuesta a individuos o grupos en situaciones de crisis por medio de la intervención telepsicológica, tanto en éste como en otros países de América Latina. Todo indica que este mecanismo de intervención, aun en condiciones sanitarias más favorables, continuará siendo un medio por el cual se ofrecerá acompañamiento y planteará alternativas de solución a un sinnúmero de necesidades de personas y grupos vulnerables.

Este texto coadyuva en el conocimiento de las necesidades más apremiantes de mujeres, en su mayoría adultas mayores, que en esta franja fron-

teriza enfrentan el desafío de resolver problemáticas educativas y emocionales de nietos pertenecientes a una generación diferente a la suya, a quienes se esperaba que ya no criaran. Además, contribuye de manera particular en la propuesta de estrategias psicosociales tendientes a fortalecer algunas habilidades educativas y emocionales con las que se lleguen a sentir más competentes y seguras en su labor.

Esta propuesta es derivada de la tesis de grado de la maestría en psicología de corte profesionalizante impartida en la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), enfocada en la intervención psicosocial y comunitaria con población vulnerable. Por lo tanto, esta intervención, aunque no considera a la población de la UABC como objetivo, enfatiza la importancia de vincular a la universidad con la sociedad para atender problemáticas sociales, entendiendo cómo se adecuó la intervención en pandemia por COVID-19, a fin de mejorarla para generalizar la intervención telepsicológica y psicosocial en escuelas para abuelas cuidadoras.

## 41

## Referencias

- American Psychological Association (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>
- (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Argüero Fonseca, A., Aguirre Ojeda, D. P., Reynoso González, O. U., Girón Pérez, M. I., Espinosa Parra, I. M., y Sierra Murguía, M. A. (2021). Impacto de la telepsicología en la satisfacción de la atención a pacientes con COVID-19. *Psicología Iberoamericana*, 29(3). <https://doi.org/10.48102/pi.v29i3.325>
- Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa epistemología, metodología y aplicaciones*. México: El Manual Moderno.
- Buz, J., y Bueno, B. (2006). Las relaciones intergeneracionales. Lecciones de Gerontología, 66. Informes Portal Mayores. En V. García, M. Pérez y R. Martínez (Eds.), *Aproximación a la participación de los abuelos y abuelas en la educación de sus nietos y nietas*. Asturias: Universidad de Oviedo.
- Cano, M. (2015). *Sentido y fundamento de las Escuelas de Padres y Madres: orientaciones para una responsabilidad compartida* [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.



## 2. Propuesta de diagnóstico comunitario participativo en Valle de Puebla, Mexicali, Baja California

INÉS ANAHY SUÁREZ RIVERA\*

PEDRO ANTONIO BE RAMÍREZ\*\*

CLAUDIA SALINAS BOLDO\*\*\*

ANEL HORTENSIA GÓMEZ SAN LUIS\*\*\*\*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.154.02>

### Resumen

El presente capítulo corresponde a la fase diagnóstica de un proyecto de intervención psicosocial desarrollado en Valle de Puebla, un área de Mexicali construida a partir de la industrialización, la cual aceleró la migración y el crecimiento de la población, lo que contribuyó a proyectos acelerados de fraccionamientos, con una falta de planeación urbana y de servicios públicos básicos, al grado de afectar la calidad de vida de los residentes. En ese sentido, la finalidad de este diagnóstico comunitario participativo es identificar las necesidades sentidas y percibidas por la comunidad de Valle de Puebla, Octava Sección, con miras a establecer acciones de intervención colectiva y participativa que permita construir un sentido de pertenencia y beneficie la cohesión social. A partir de la *metodología del marco lógico*, se busca que los participantes de la intervención revisen, determinen y evalúen sus necesidades, con el objetivo de favorecer la cohesión social mediante la

\* Maestra en Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7890-2643>

\*\* Doctor en Antropología. Profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9798-9366>

\*\*\* Doctora en Antropología. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4207-6970>

\*\*\*\* Doctora en Psicología. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9846-5046>



participación comunitaria. Todo ello en el marco de la psicología social comunitaria.

**Palabras clave:** *intervención psicosocial, diagnóstico comunitario participativo, vulnerabilidad, cohesión social.*

## Introducción

Valle de Puebla, zona habitacional ubicada al sureste de la Ciudad de México, es producto de la industrialización en la región, la cual conllevó a la migración y el crecimiento de su población. Esto ha contribuido a proyectos acelerados de fraccionamientos con una falta de planeación urbana, al grado de afectar los servicios públicos básicos y la calidad de vida de las personas. Bajo un entorno vulnerable que afecta la convivencia vecinal y recrudece el debilitamiento de la participación comunitaria y la cohesión social, Valle de Puebla, Octava Sección, ha sido el escenario donde se busca resaltar la importancia de una intervención desde la psicología social comunitaria (Musitu *et al.*, 2009) mediante una propuesta que permita a sus residentes identificar sus necesidades con base en problemas comunitarios, para así localizar soluciones que abonen a construir un sentido de pertenencia en beneficio de la comunidad y de su entramado social.

El presente capítulo corresponde a una parte de una intervención psicosocial más amplia, específicamente en la fase del diagnóstico, producto del trabajo comunitario realizado en Valle de Puebla, con miras a implementar acciones de participación social y comunitaria. Dado que la intervención que aquí se propone busca un trabajo colaborativo y participativo donde las personas, grupos y comunidades asuman la acción transformadora, se formula un diagnóstico desde la metodología del marco lógico, para que los participantes revisen, determinen y evalúen aquellas acciones importantes y acorde con sus intereses y capacidades para asumir el cambio social en busca de una mejor calidad de vida.

## La apuesta por la intervención comunitaria

El interés por la realización de esta intervención en la zona de Valle de Puebla, Octava Sección, surge a partir de un trabajo comunitario previo en ese lugar, con la finalidad de realizar acciones en beneficio de la comunidad. En aquella experiencia inicial se hizo notorio el número reducido de residentes para colaborar en conjunto, tanto para las reuniones vecinales como en actividades que serían desarrolladas por el líder comunitario, por ejemplo. De igual manera, existe un desinterés en las interacciones sociales entre vecinos y una falta de empatía por el bienestar del otro. De acuerdo con distintos autores, como Ruiz (2007), Berroeta y Rodríguez (2010), Carrera (2014), Cueto *et al.* (2015) y Pérez (2015), la desmotivación en la participación comunitaria de los barrios se relaciona con la percepción de inseguridad en la zona, la insatisfacción con el servicio de las autoridades gubernamentales o el asistencialismo.

La vulnerabilidad social de las comunidades limita a sus habitantes a percibir seguro su entorno, por lo que la población busca implementar sus propias estrategias para la mejora de la comunidad, pese a contar con la dificultad de mantener redes comunitarias consolidadas. Así lo mencionan Cueto *et al.* (2015), ya sea por falta de comunicación entre vecinos, una percepción de inseguridad del entorno, el desconocimiento del capital social o la participación de un gobierno asistencialista que debilita el empoderamiento social. Tal es el caso del fraccionamiento Moradas del Porvenir, en Ciudad Juárez, donde Pérez (2015) realizó una intervención con enfoque participativo en aquella comunidad que sufría crisis de inseguridad.

Organizaciones no gubernamentales se han dado a la tarea de realizar intervenciones comunitarias, pero la falta de recursos o de financiamiento ha sido un obstáculo para mantener un proyecto sólido en tiempo y forma (Carrera, 2014). Cuando el financiamiento es de organizaciones gubernamentales, el avance del proyecto carece de disponibilidad para las adecuaciones necesarias que la comunidad requiera y se limita a presentar productos fuera de las necesidades propias de los habitantes, lo que influye en la poca participación de los actores sociales y en la efectividad de la intervención, hecho que, por ejemplo, se contrasta con la participación comunitaria

en un barrio de Chile reportado por Berroeta y Rodríguez (2010). A su vez, se han realizado intervenciones comunitarias efectivas, como ocurrió en uno de los barrios de Colombia (Guerrero *et al.*, 2018), cuya finalidad fue reconstruir el tejido social a partir de la memoria histórica y el fortalecimiento de lazos de reconciliación.

Considerar estos factores dentro de la intervención hace posible una solidez en la estructura comunitaria, pues se influye en la participación activa, el sentido de pertenencia y el fortalecimiento de la cohesión social. Esto se puede llevar a Valle de Puebla, que es una de las principales colonias de Mexicali con altos índices delictivos (Hernández y Olmeda, 2017), sobre todo si se consideran situaciones como la existencia de pandillas, delitos, consumo de alcohol y sustancias, además de la imagen urbana deteriorada, entre otros aspectos.

Asimismo las fronteras geográficas, como menciona Serje (2017), han sido parte de segmentos de dominación materializado en espacios tomados para la construcción de grandes proyectos de infraestructura, de producción y de consumo, que se insertan para la conexión económica y, por ende, en el desarrollo desde una perspectiva neoliberal. Este sistema ha generado desplazamientos de migrantes hacia la búsqueda de un “vivir mejor”, lo cual ha dado un resultado oportuno en el mercado de viviendas, ya que el arribo de esta ola de movilizaciones influye en el crecimiento de los macroproyectos de conjuntos habitacionales, hecho reportado por Ley y Fimbres (2011) para el caso de Mexicali. De ello nace el polígono de Valle de Puebla, donde actualmente podemos encontrar familias originarias de distintas entidades del país de México, así como familias residentes de otras colonias de la ciudad.

### Valle de Puebla: en contexto

Valle de Puebla es un área ubicada en la periferia del sureste del municipio de Mexicali. Construida entre 2003 y 2007, según Zona Líder (2016), cuenta con 320 hectáreas y con un aproximado de 30 141 personas, de acuerdo a los datos reportado por un diagnóstico realizado en 2015 por el Gobierno de Baja California (Secretaría de Gobernación, 2016). El rango de edades oscila entre los 26 y los 35 años de edad y la escolaridad se ubica en nivel

secundaria inconcluso. Los habitantes se centran en laborales de comercio y en maquiladoras. Hernández y Olmeda (2017) indican que los hijos de estas familias jóvenes comúnmente se cuidan a sí mismos o se encuentran encargados con algún vecino, lo que expone a los menores de edad a tener una probabilidad de acercamiento a la vulnerabilidad del entorno.

Datos del diagnóstico de la Secretaría de Gobernación (2016) refieren que 72% de la población de Valle de Puebla ha observado el consumo de alcohol en la vía pública y 67% ha percibido la venta de drogas. A su vez, 7% por ciento indicó no tener confianza en los vecinos, 63% por ciento mencionó no asistir a las reuniones vecinales y 54% ha presenciado peleas y discusiones entre vecinos; además, 87% ha visualizado grafiti en las colonias. En cuanto a la delincuencia, 30% de los residentes mencionan haber sido víctimas de algún delito en el transcurso de ese mismo año. Adicionalmente en dicho diagnóstico se reportan 3 076 terrenos abandonados dentro de esta zona urbana, además de espacios públicos deteriorados.

Para el año 2021 la Guardia Estatal de Seguridad e Investigación (GESI) señaló que en Mexicali ocurren 1 351 robos a casa habitación, respecto a lo que cabe mencionar que, en la zona de Valle de Puebla, Octava Sección, la misma organización registró esta situación como la actividad delictiva más frecuente de ese año, sin considerar la cifra no reportada ante delitos sin denunciar. Esta situación se puede relacionar con la tesis de la ventana rota que exponen Wilson y Kelling (1982, mencionados por Fuentes, 2015) donde refieren que el deterioro físico del entorno urbano encamina a altos índices de delincuencia, cuya acción desmotiva la participación comunitaria.

Flores (2005) menciona que una expansión apresurada, relacionada con la industrialización y la dinámica económica, perjudica los componentes necesarios de un grupo social, ya que posterga la planificación eficaz del desarrollo urbano al afectar la calidad de vida de los residentes de un conjunto habitacional y el buen funcionamiento del individuo con su entorno social. Ligado a esto, Ruiz (2007) indica que la fragmentación social se puede relacionar con el alto índice de inseguridad en una comunidad, lo que resulta en la vulnerabilidad social de la zona. Sobre esto Sánchez y Salazar (2011) refieren que los estados del norte conservan el mayor índice de viviendas deshabitadas al contar con un porcentaje más alto de población

asalariada, lo que amenaza la estabilidad social con números considerables de situaciones delictivas.

Bajo este panorama es posible establecer una similitud con el conjunto habitacional de Valle de Puebla, donde se visibiliza una zona deteriorada con factores de riesgo que contribuyen a la vulnerabilidad social del entorno. De ahí la importancia de una intervención psicosocial bajo un enfoque participativo, con el cual se busque generar un cambio mediante la acción social, donde los residentes de esta zona se vuelvan actores principales de la autogestión y el empoderamiento para el beneficio de su comunidad, a la luz de del sentido de pertenencia y la cohesión social.

## **Método**

Esta intervención psicosocial se posiciona desde el enfoque participativo que busca promover la participación activa de los miembros del grupo en la búsqueda de soluciones a las problemáticas sociales que se les presenten, de una forma responsable y comprometida que posibilite su desarrollo en la ejecución de un plan de acción (Montero, 2006). Es por ello que esta propuesta de intervención en Valle de Puebla, Octava Sección, es de tipo psicosocial con un sentido comunitario, pues permite abrir espacios de interacción para realizar acciones que dirija a los habitantes hacia el cambio social. Así como lo proponen Blanco y Valera (2007), se busca considerar la importancia de la participación comunitaria y la cohesión social a partir del significado que construyen los residentes del lugar, potenciando sus habilidades y capacidades para protagonizar su propia transformación comunitaria.

De igual manera, esta propuesta de intervención está orientada hacia los actores sociales de Valle de Puebla, Octava Sección, en donde podemos encontrar familias originarias de otros estados del país y familias residentes de otras colonias de la ciudad, en un rango de entre 20 y 60 años de edad. Se selecciona la Octava Sección a razón de carecer datos empíricos sobre intervenciones comunitarias o apoyos gubernamentales en esta zona, a diferencia de lo que ocurre con las siete zonas del polígono. Además, se bus-

ca dar cuenta de la existencia de dicha zona en vista del desconocimiento por parte de los servidores públicos.

Utilizando un enfoque cualitativo (Bautista, 2011), se permite obtener una mayor comprensión del contexto situacional y el grupo social que se estudia por medio de la construcción social de su propia realidad. Asimismo, el estudio se basa en el método etnográfico (Aguirre, 1995; Martínez, 1998), cuya importancia radica en la observación participante y en la interpretación que el etnógrafo realiza sobre la manera en que el actor construye y otorga significado a las situaciones del entorno, a sus acciones y a la relación con los otros.

La estrategia metodológica para la intervención psicosocial inicia con el diagnóstico a partir de una guía de observación participante y el diario de campo, además de registros fotográficos —de acuerdo con los planteamientos de Restrepo (2016) junto con Taylor y Bogdan (1987)—, por un tiempo de tres meses. Dichas observaciones se refieren al entorno físico y la dinámica en las interacciones sociales de la comunidad. A su vez, se aplica la guía de entrevista a un líder comunitario de dicho lugar.

También se propone emplear entrevistas a profundidad para tener un mayor conocimiento sobre la forma de habitar de las personas, las acciones que han realizado en conjunto hacia las problemáticas comunitarias, el vínculo formado del colectivo y su sentido de pertenencia, todo lo cual arroje información sobre la realidad del actor (Bautista, 2011). Al mismo tiempo se pretende aplicar el árbol de problemas/ soluciones, donde se identifican las necesidades sentidas de la comunidad (Ortegón *et al.*, 2005; Montero, 2006) para que, con ello, sea posible priorizar las soluciones y generar un plan de acción.

## **Objetivos**

Con el establecimiento de esta ruta metodológica se proponen los siguientes objetivos para guiar la propuesta de intervención psicosocial, desde la conceptualización del problema hasta su posible solución, junto con la finalidad del diagnóstico, razón de lo que se aborda en este capítulo:



***Construcción del problema***

Explicar la relación entre el sentido de pertenencia y la cohesión social en el fomento y la promoción de la participación comunitaria entre los habitantes de Valle de Puebla, Octava Sección, en Mexicali, Baja California.

***Solución del problema***

Generar estrategias de participación comunitaria que favorezcan la cohesión social a partir del sentido de pertenencia entre los habitantes de Valle de Puebla, Octava Sección.

***Objetivos específicos***

- (a) Conocer los significados culturales, económicos o políticos que construyen los habitantes de Valle de Puebla, Octava Sección, que fortalezcan un sentido de pertenencia.
- (b) Identificar los factores que promueven la participación comunitaria entre los habitantes de Valle de Puebla, Octava Sección.
- (c) Describir la relación existente entre la participación comunitaria y el sentido de pertenencia de los habitantes de Valle de Puebla, Octava Sección, en Mexicali, Baja California.

***Objetivo del diagnóstico***

Identificar de manera colectiva y participativa las necesidades sentidas y percibidas por la comunidad de Valle de Puebla, Octava Sección, en Mexicali, Baja California, con la finalidad de generar propuestas de intervención colectivas pertinentes.

**COVID-19: toma de decisiones ante la pandemia**

Esta intervención psicosocial da inicio con el acercamiento a la comunidad donde se identifica a informantes clave, además de conocer la estructura



física urbana del conjunto habitacional a partir de la observación participante. No obstante, el proceso de intervención se interrumpe al suscitarse la pandemia por COVID-19. Por tal motivo, el diagnóstico se desarrolla en el marco de la contingencia sanitaria, por lo que se recabó una entrevista estructurada por vía telefónica con el informante clave durante el primer semestre de 2020 y, junto a los datos previos obtenidos en la observación participante, se elabora un resultado preliminar como problemática comunitaria. Con ello se estructura la propuesta de ejecución y evaluación para llevarse a cabo en Valle de Puebla, Octava Sección, una vez que se reanuden las actividades sociales bajo la nueva normalidad.

## **Propuesta diagnóstica**

### ***Metodología del marco lógico***

La metodología del marco lógico es una herramienta que posibilita las etapas del proceso de un proyecto o programa, orientando sus objetivos a los intereses de los grupos beneficiarios, y en su proceso se genera la participación de los involucrados (Aldunate y Córdoba, 2011). Esta metodología asiste en el acompañamiento del diseño, la intervención y la evaluación desde sus respectivos análisis, para asegurar validez y eficacia en los resultados y proporcionar uniformidad y coherencia en todas las partes del proceso, que concluye con la matriz de marco lógico (MML). Durante el proceso de desarrollo los actores sociales identifican el problema central y determinan cambios positivos que se desean alcanzar con la intervención. La flexibilidad del método permite reformular cualquier inconsistencia, gracias a lo cual garantiza alternativas de solución, y a partir del análisis se selecciona una estrategia pertinente con la que se elabora la estructura del proyecto a partir de la MML.

### ***Esquema de trabajo para el diagnóstico***

En la intervención se propone un *diagnóstico comunitario participativo*, que, como menciona Quintero (2012), permite conocer e identificar situaciones

del contexto que se visibilicen ante los actores sociales involucrados. Se trata de un proceso de cuestionamiento y reflexión en los pensamientos, emociones y vivencias de los colectivos de una comunidad para intervenir en la realidad y transformarla. Con ello se promueve la participación activa y el fortalecimiento de la organización comunitaria, de modo que se llega al resultado el protagonismo de los actores sociales en la transformación de su realidad.

Cabe aclarar que, como indica la organización ATRIBU (2017), los miembros profesionistas del equipo de intervención se vuelven facilitadores que acompañan a la comunidad en el proceso de su desarrollo: son observadores interesados en escuchar y aprender del grupo comunitario para entender su percepción y la realidad que viven. Para ello se establecen diversas fases para adentrarse al escenario de estudio, de acuerdo con la lógica del diagnóstico comunitario participativo, las cuales se describen a continuación.

*I. Preevaluación de la realidad.* En esta fase se realiza una averiguación empírica previa sobre apoyos o intervenciones por instituciones públicas o privadas realizadas dentro de Valle de Puebla, Octava Sección, así como investigaciones existentes y estadísticas e informes institucionales sobre la comunidad. Esto permite tener características de la población y referencias del contexto para posibles problemas o necesidades de los miembros de esta zona habitacional (Bautista, 2011; Mori, 2008).

*II. Primer contacto.* Como segundo paso, se inicia con un mapeo del escenario de intervención (Mori, 2008), empleando la observación participante y entrevistas de contextualización, como sugiere Bautista (2011), en lapsos breves con algunos vecinos, quienes en este caso proporcionaron datos generales de la comunidad con información eficaz. Resultó eficaz aplicar la técnica *bola de nieve*, como mencionan Taylor y Bogdan (1987), al partir de las fuentes que van proporcionando los informantes, junto con el contacto con más personas y más recursos de conocimiento, lo que permite identificar al posible informante clave de esta intervención psicosocial. Estos autores indican que, al momento de percatarse de que se obtienen datos repe-

titivos o insustanciales que no conducen a más conocimiento agregado, es preciso detener la búsqueda en información adicional.

*III. Diagnóstico comunitario participativo.* En este paso se realiza la entrevista semiestructurada al líder comunitario durante los primeros meses de 2020, quien fue el participante clave. Esta entrevista se realiza mediante una llamada telefónica, ya que se vio interrumpida la propuesta de intervención psicosocial dada la pandemia por COVID-19. También se propone obtener más elementos enriquecedores sobre la vida en comunidad, por lo que es importante seguir ampliando la información que permita alimentar el diagnóstico con datos valiosos. Se sugiere, a su vez, hacer uso de la entrevista a profundidad para arrojar experiencias de vida del entrevistado a partir una conversación libre y fluida, donde el facilitador busca el ingenio para realizar preguntas precisas, lo cual otorga valor y riqueza tanto a la conversación como a la recolección de los datos (Geilfus, 2002; Bautista, 2011; Salinas y Be, 2019).

Por consiguiente, se precisa una convocatoria de los distintos actores sociales para una reunión comunitaria, en la cual se propone realizar un taller de diagnóstico con el objetivo de identificar problemáticas o necesidades de la comunidad. Para propiciar la participación activa y la comunicación al interior del grupo, se emplea la MML. Con esto se propicia la elaboración del árbol de problemas y se continúa con el árbol de objetivos (o soluciones) y con la priorización de problemas visibilizados en una matriz de doble entrada, para determinar cuál de ellos es el que consideran más importante a partir de un consenso colectivo (Aldunate, 2004; Ortégó *et al.*, 2005; Crespo, 2015).

*IV. Ejecución.* En esta fase se propone desarrollar el plan de acción de manera colaborativa, con tareas definidas sujetas a los actores sociales responsables y mecanismos de evaluación, según la priorización ya establecida (Camacho *et al.*, 2001; Aldunate, 2004; Crespo, 2015). Asimismo, para establecer redes de apoyo con distintas organizaciones en beneficio de las gestiones necesarias de la intervención, se busca aplicar la técnica del Diagrama de Venn y una matriz de análisis de toma de decisiones que ayudará al

grupo a identificar las organizaciones activas dentro de la comunidad, las cuales pueden servir de apoyo para establecer estrategias de soluciones.

*V. Evaluación.* En esta última fase se propone realizar una evaluación sistemática como sugieren Ortegón *et al.* (2005), planeándose e integrándose cuidadosamente todos los elementos necesarios para cumplir con el proceso del proyecto de manera eficaz, a fin de examinar los resultados inmediatos de las actividades, además de reconocer la eficiencia del desempeño. En caso de suscitarse algún error o situación que pueda mejorarse para alcanzar el propósito del objetivo, se informa sobre las tomas de decisiones de cualquier modificación. Gracias a ello, toda experiencia en el proceso de intervención se vuelve un aprendizaje colectivo.

### **Resultado preliminar**

A partir de la integración, considerando la interrupción de la intervención del proyecto en Valle de Puebla, Octava Sección, por la contingencia sanitaria, se propone un resultado preliminar al inferir que el problema primordial de la comunidad se centra en las situaciones delictivas, que dan como resultado una percepción de inseguridad, dato obtenido a partir de la integración realizada tomando en consideración lo referido por los habitantes de la comunidad, la observación participante y la interpretación de la MML. Para dicho resultado se construye un árbol de problemas y un árbol de objetivos (también conocido como árbol de soluciones), retomando la importancia del análisis de datos. Se propone la aplicación de la MML con los residentes de la comunidad, para tener la certeza de las necesidades sentidas manifestadas por los participantes dentro de las reuniones vecinales.

### **Propuesta de acción**

Con este resultado preliminar, producto del diagnóstico, para la fase de ejecución se diseña una propuesta de acción comunitaria que genere estrategias de redes de apoyo enfocados a la inseguridad de la comunidad. Dicho

programa está estructurado por mesas de trabajo en temas centrales: (a) seguridad vecinal, (b) regeneración del espacio urbano y (c) convivencia sana. Se propone que cada mesa de trabajo esté integrada por miembros de la comunidad que deseen participar en ellas según sus intereses, a fin de reforzar así el apoyo grupal y el trabajo en equipo.

Estas tres mesas de trabajo tendrán una conexión muy estrecha en todas sus actividades, considerando la vinculación de dichas acciones a la construcción de estrategias para la seguridad vecinal, pero dando cuenta de que las redes de apoyo que se generen vayan dirigidas al sentido de pertenencia ante el grupo comunitario y, con ello, al fortalecimiento de la cohesión social, como objetivo general del proyecto de intervención.

Se busca que todas las reuniones vecinales se realicen en un espacio público dentro de la comunidad, para que sean visibles e incluyentes a todos los residentes del conjunto habitacional, haciendo énfasis en aquellos grupos segmentados de la comunidad, identificados por los mismos vecinos, que son parte de la dinámica delictiva dentro de la zona, como las pandillas y los jóvenes expuestos al acercamiento de conductas de riesgo. Aquí se busca reconocer los intereses de esta población y hacerlos partícipes en la construcción de beneficios comunitarios que abone en su sentido de pertenencia.

## **A manera de conclusión**

La propuesta de esta intervención psicosocial, en el marco de la psicología social comunitaria (Musitu *et al.*, 2009), se sitúa desde un enfoque participativo que permite diseñar y ejecutar estrategias de planeación al involucrar la participación de los actores sociales de la comunidad Valle de Puebla, Octava Sección. Desde esta perspectiva se considera pertinente establecer como metodología la MML, ya que prioriza las necesidades de los grupos beneficiarios y promueve la participación activa de los mismos en todo el proceso de desarrollo para ejecutar una planeación eficaz de acuerdo con el contexto empírico (Camacho *et al.*, 2001; Ortegón *et al.*, 2005; Aldunate y Córdoba, 2011).

Dentro de las dimensiones seleccionadas para el proyecto se destacan características particulares y específicas de la forma de habitar de la comu-

nidad, rescatadas a partir de la entrevista y la observación participante. Sin embargo, cabe mencionar que, al ser sólo una propuesta de intervención con un diagnóstico interrumpido por la contingencia sanitaria, se deja abierta la posibilidad de encontrar o resaltar alguna otra dimensión necesaria para el proyecto al momento de ser ejecutada en la realidad comunitaria del contexto.

Esta incorporación tiene relevancia con la pertinencia del método, pues la mencionada MML se ajusta a las necesidades mismas del proyecto, en el cual se realiza un monitoreo constante durante el proceso de intervención y se facilita sugerir adecuaciones necesarias para un mejor diseño de estrategias. Este proceso permite a los participantes tener espacios abiertos para la reflexión y la propia observación sobre su dinámica comunitaria, lo que les permitirá generar conocimientos y aprendizajes desde sus propias experiencias. De igual manera, cada mesa de acción planteada les posibilitará reconocer el potencial individual y colectivo, promover y efectuar la acción hacia la participación comunitaria y, así, propiciar la movilización del grupo hacia la transformación social, pues invita a los miembros a generar una identidad colectiva que favorezca la cohesión social.

Por último, es necesario reconocer la importancia de visibilizar esta zona habitacional de la ciudad fronteriza de Mexicali, Baja California, la cual se encuentra marginada de los datos de investigación e intervención, por lo que se encuentra sólo información escasa sobre este espacio comunitario. Este primer ejercicio, en el marco de esta propuesta de intervención psicosocial, busca contribuir a subsanar estas omisiones.

## Referencias

- Aguirre, Á. (1995). Etnografía. En *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona: Marcombo, 3-20.
- Aldunate, E. (2004). *Metodología del Marco Lógico*. Boletín del Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), número 15. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/9942/1/S0400007\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/9942/1/S0400007_es.pdf)
- Aldunate, E., y Córdoba, J. (2011). *Formulación de programas con la metodología de marco lógico*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y El Cari-

### 3. Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: antecedentes y aproximaciones metodológicas

ROSALVA MORENO GONZÁLEZ\*

MÓNICA AYALA-MIRA\*\*

CARLOS DAVID SOLORIO PÉREZ\*\*\*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.154.03>

#### Resumen

18 El objetivo de este capítulo es hacer un recorrido histórico y metodológico sobre las formas de abordaje de los riesgos psicosociales en el trabajo. Se hace énfasis en la Norma Oficial Mexicana (NOM) 035 sobre el tema. La NOM 035, expedida por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), establece los elementos para identificar, analizar y prevenir los factores de riesgo psicosocial y promover entornos organizacionales favorables para las trabajadoras y trabajadores. Se presenta un análisis somero que permite indentificar en México y el mundo las metodologías utilizadas, en la investigación e intervención, y propone los métodos cualitativos como una opción que permite ahondar en el contexto desde la mirada de los empleados y empleadas, articulados con los métodos cuantitativos que se han utilizado tradicionalmente.

**Palabras clave:** *factores psicosociales, trabajo, metodología.*

\* Maestra en Psicología, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7054-4363>

\*\* Doctora en Psicología. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4604-272X>

\*\*\* Doctor en Ciencias Sociales. Profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7100-5509>



## Introducción

Históricamente los riesgos laborales y sus consecuencias habían sido asumidos íntegramente por los trabajadores, de tal forma que, si en el trayecto al trabajo se tenía el infortunio de sufrir un accidente, esto se atribuía a la mala suerte, al destino fatal o a la desventura de encontrarse en el lugar equivocado en el momento equivocado. Por lo tanto, el trabajador debía resignarse e intentar por sus propios medios afrontar esas consecuencias lo más pronto posible para poder reincorporarse al medio laboral y conservar así su patrimonio y sustento (Moreno, 2011).

Del mismo modo, cuando las relaciones laborales se gestaron al inicio de las sociedades, evolucionaron de manera desigual, pues eran los empleadores quienes ostentaban todos los derechos. Las desventajas, obligaciones y responsabilidades en cuanto a trabajo y seguridad fueron depositadas en los trabajadores, y ejemplo de esto lo encontramos en el periodo de la esclavitud (Gómez, 2018).

Más tarde, los avances tecnológicos y el aumento de la mano de obra de hombres, mujeres y niños que trajo consigo la revolución industrial, junto con los sistemas mecánicos complicados y peligrosos para los trabajadores, ocasionaban constantes accidentes laborales. Esto condujo a poner atención en procurar tanto la higiene como la seguridad laboral, a fin de exponer a los trabajadores a los menores riesgos posibles y procurar calidad en la vida laboral (Jiménez, 2017).

Con el paso del tiempo estas condiciones han ido cambiando gracias a la aparición del Estado, los sindicatos, los derechos humanos y el surgimiento de organizaciones internacionales con el objetivo de garantizar la justicia social y promover derechos y seguridad laboral. Además, las nuevas formas de producción empresarial han contribuido a reducir la rudeza y precariedad de las condiciones de trabajo, que en muchos casos llegaban a ser inhumanas (Moreno, 2011).

Los aspectos laborales que han mejorado ampliamente son aquellos relacionados con el área física del trabajo, incluyendo en esto el número de horas y jornadas laborales, el esfuerzo físico, condiciones de higiene y ambientales, como la temperatura y ruido, así como cuestiones de seguridad.

Lo anterior ha incidido en una disminución de la morbilidad y siniestralidad en el trabajo, por lo que se han reducido considerablemente las enfermedades y accidentes de este tipo (Moreno, 2011).

Uno de los avances que ha marcado un precedente en los ambientes laborales es el cambio en el concepto de *salud laboral*. Esta pasó de ser una cuestión personal e individual del trabajador a un problema social y organizacional, además de un derecho de los trabajadores (Jiménez, 2017).

Por mucho tiempo la atención al cuidado de la salud laboral se centró en prevenir los riesgos físicos, químicos y ambientales, dado que los principales y más directos daños a la salud, junto con la mayoría de los accidentes y enfermedades laborales, provienen de esos factores. Es por esto que las legislaciones mundiales se centraron en prevenir y controlar estos riesgos (Moreno, 2011).

En el año 1989 surge en Europa la Directiva Marco Europea de prevención de riesgos laborales, cuyo enfoque eran las condiciones riesgosas de trabajo, su evaluación, prevención y control. La directiva destacaba la salud de los trabajadores como su objetivo final, aunque en aquellos momentos seguía centrada sólo en los riesgos físicos, químicos y ambientales (Moreno, 2011).

Sin embargo, las afectaciones a la salud e integridad de los trabajadores no provienen exclusivamente de los factores antes mencionados, y en el contexto del trabajo las empresas generalmente se enfocan en alcanzar los estándares de producción y la satisfacción de sus clientes. Pocas veces toman en cuenta los elementos del contexto de trabajo que influyen en las trabajadoras y trabajadores tanto positiva como negativamente, y hablar de estos aspectos es hacer referencia a los factores psicosociales (Astudillo, 2014).

Es así que, atendiendo a los señalamientos de un copioso número de estudios en los que se destacaba la importancia de observar los diversos factores psicosociales propios de las organizaciones por la influencia significativa que ejercen en el bienestar físico, emocional y mental de las trabajadoras y trabajadores, se desarrollan esfuerzos para definir, identificar y controlar dichos factores.

## Antecedentes

Las primeras referencias oficiales sobre factores psicosociales laborales se encuentran hacia finales de la década de 1980, entre las cuales se encuentra el documento emitido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1984: *Los factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control*. En él se destaca la importancia de reconocer dichos factores junto con su impacto en la salud de las trabajadoras y trabajadores, así como en la complejidad de su definición y análisis (OIT, 1986).

Los factores psicosociales son definidos por la OIT, por una parte, como las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por otra parte, como las capacidades de las trabajadoras y trabajadores, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, en función de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo (OIT, 1986).

La OIT (1986) menciona en el documento arriba descrito que “los factores psicosociales en el trabajo son complejos y difíciles de entender, dado que representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador y abarcan muchos aspectos” (p. 2).

Las primeras listas de riesgos psicosociales proporcionadas por la OIT en 1984 son amplias y abarcan gran cantidad de aspectos (OIT, 2016): la sobrecarga en el trabajo, la falta de control, el conflicto de autoridad, la desigualdad en el salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas de las relaciones laborales y el trabajo por turnos. Llama la atención que prácticamente la totalidad del listado siga siendo actual (OIT, 1986).

Gómez *et al.* (2014) explica que, ante unas condiciones laborales adecuadas, el trabajo se realiza de una mejor forma, se favorece el desarrollo personal y profesional, así como la motivación y satisfacción laboral, con lo cual se logran altos niveles de productividad, en los que las trabajadoras y trabajadores desarrollan destreza y competencia profesional, todo lo cual impacta positivamente en su salud. No obstante, cuando las condiciones son inadecuadas, pueden provocar respuestas de inadaptación, tensión, insatisfacción, respuestas psicofisiológicas de estrés, etcétera.



En el mismo documento (Gómez *et al.*, 2014), se retoman datos de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo que señalan los factores psicosociales como los principales riesgos laborales en los años venideros, debido a que pueden conducir a desarrollar estrés, ansiedad, problemas de sueño, entre otras problemáticas de salud.

Para Almirall *et al.* (2018) los factores psicosociales son una condición de trabajo y surgen de la interacción humana con todo lo que forma parte de la actividad laboral de las trabajadoras y trabajadores. Cuando esa interacción es percibida por el trabajador como negativa y mantenida, se convierte en un riesgo de trabajo que puede establecer un efecto no deseado, o sea, un efecto negativo de la actividad laboral.

De acuerdo con lo anterior, las interacciones percibidas como negativas de forma constante y sostenida representan una condición de riesgo. Sin embargo, los efectos negativos trascienden la actividad laboral, tal y como lo refieren en su definición Palma-Contreras y Ansoleaga (2020), en la que expresan que los factores de riesgo psicosociales “son aquellas características de las condiciones de trabajo y de su organización que afectan la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos” (p. 7).

En concordancia con Buitrago-Arévalo y Vargas-Silva (2017), comentan que hablar de factores de riesgo psicosocial es hacer referencia a las afectaciones físicas y psicológicas de los individuos; adicionan, además, afectaciones sociales. De manera que un factor de riesgo psicosocial en el trabajo es aquella condición que puede conducir a desarrollar estrés grave, al grado de poner en riesgo la salud e integridad de las trabajadoras y trabajadores y, por consiguiente, de la de la organización misma y su productividad.

Para Castillo (2010) el estrés es una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado como amenazante o desafiante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Asimismo, la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions and European Agency for Safety and Health at Work (2017) comenta que el estrés laboral se presenta cuando las trabajadoras y trabajadores sienten que las exigencias de su trabajo rebasan su capacidad para atenderlas.

Debido a la trascendencia que representan los factores psicosociales laborales en la vida de las trabajadoras y trabajadores, varios expertos y organizaciones, como el comité mixto de la OIT y la Organización Mundial

de la Salud (OMS) sobre medicina del trabajo, han abordado el tema. El comité ha propuesto modelos tanto para la prevención como para la intervención y control de riesgos psicosociales, además de darse a la tarea de promover iniciativas en este tema y de vigilar su cumplimiento especialmente en sus países miembros (OIT, 1986).

Una de las recomendaciones más enfáticas del comité mixto de la OIT y de la OMS, así como de organizaciones internacionales especializadas en factores de riesgo psicosociales, es diseñar procesos estructurados para el abordaje de los riesgos y alentar a la participación activa de las trabajadoras y trabajadores en las etapas del proceso y el tratamiento de estos factores.

En la actualidad Europa y, particularmente, la Unión Europea (UE) han contribuido a la cuestión en varios sentidos, acatando las recomendaciones de la OIT y la OMS, apoyando la realización de estudios e intervenciones en factores psicosociales e incorporando modificaciones en las legislaciones de sus países. Entre ellas se destaca la obligación de las empresas de adoptar medidas preventivas que garanticen la seguridad y salud las trabajadoras y trabajadores, teniendo en cuenta los factores de riesgo psicosociales.

Así pues, las acciones realizadas en el continente europeo para el manejo de los riesgos psicosociales laborales han incluido los esfuerzos conjuntos de todos los actores sociales, gobierno, instituciones, empresas y las trabajadoras y trabajadores, donde cada uno asume su parte de responsabilidad y aporta, a su vez, los recursos a su alcance para el manejo de estas condiciones.

### **Aproximaciones metodológicas: de la investigación a la intervención**

Este apartado analiza de manera general los estudios encontrados entre los años 2016 y 2020 en Iberoamérica sobre factores psicosociales en el trabajo, su orientación metodológica y el lugar en donde se realizó (véase la tabla 3.1). Lo primero que destaca es el número de estudios de corte cuantitativo. En ellos se describen ampliamente las cantidades y grado de incidencia en torno a factores de riesgo identificados de manera previa a la aplicación de los instrumentos de medición de dichos factores.

TABLA 3.1. Cuadro de estudios sobre factores psicosociales

<i>Autor</i>	<i>Año</i>	<i>País</i>	<i>Tipo de estudio</i>	<i>Estudio o intervención</i>
Acosta-Fernández <i>et al.</i>	2020	México	Cualitativo	Estudio
Cotonieto-Martínez	2020	México	Cuantitativo	Intervención
Espinoza-Guerra <i>et al.</i>	2020	Ecuador	Cuantitativo	Estudio
García-González <i>et al.</i>	2020	España	Cualitativo	Estudio
Littlewood-Zimmerman <i>et al.</i>	2020	México	Cuantitativo	Estudio
Martínez	2020	España	Cuantitativo	Estudio
Medina <i>et al.</i>	2020	Colombia	Cualitativo	Estudio
Palma-Contreras y Ansoleaga	2020	Chile	Cuantitativo	Estudio
Uribe-Prado	2020	México	Cuantitativo	Estudio
Vargas <i>et al.</i>	2020	México	Cuantitativo	Estudio
Luna-Chávez <i>et al.</i>	2019	México	Cuantitativo	Estudio
Salamanca y Porras	2019	Colombia	Cuantitativo	Estudio
Uribe <i>et al.</i>	2019	México	Cuantitativo	Estudio
Albarrán <i>et al.</i>	2018	Colombia	Cuantitativo	Estudio
Almirall <i>et al.</i>	2018	México	Mixto	Estudio
Becerra Ostos <i>et al.</i>	2018	Colombia	Cuantitativo	Estudio
Carión-García y Hernández-García	2018	México	Cuantitativo	Estudio
Villaruel <i>et al.</i>	2018	Chile	Cuantitativo	Estudio
Carpintero y Lozada	2017	Venezuela	Cuantitativo	Estudio
Henry	2017	Argentina	Mixto	Estudio
Hernández	2017	España	Cuantitativo	Estudio
Leyton-Pávez <i>et al.</i>	2017	Chile	Cuantitativo	Intervención
Ventura	2017	España	Cuantitativo	Estudio
Delgado <i>et al.</i>	2016	Colombia	Cualitativo	Estudio
García	2016	España	Cualitativo	Estudio
García <i>et al.</i>	2016	España	Cuantitativo	Estudio
Gil-Monte <i>et al.</i>	2016	España	Cuantitativo	Intervención
Gil <i>et al.</i>	2016	Colombia	Cuantitativo	Estudio
Unda <i>et al.</i>	2016	México	Cuantitativo	Estudio

FUENTE: Elaboración propia a partir de la búsqueda en bases de datos (2021).

La producción de estudios de corte cualitativo es notablemente escasa. Éstos permiten conocer las condiciones, realidades y experiencias de los hombres y mujeres trabajadores, así como los factores de riesgo psicosocial que ellos mismos perciben. Aunado a esto, sólo hay un estudio mixto que complementa y enriquezca sus hallazgos mediante ambas metodologías.



El siguiente aspecto que sobresale es la escasa producción de intervenciones para el control de los riesgos psicosociales, en contraste con el copioso número de estudios enfocados en el diagnóstico y evaluación de los riesgos, que mencionan claramente lo que existe, de acuerdo con el instrumento utilizado, pero que no proponen cómo corregir o mejorar lo encontrado.

Coincidiendo con Buitrago-Arévalo y Vargas-Silva (2017), los estudios sobre factores de riesgo psicosocial son innumerables en cuanto al diagnóstico, clasificación e identificación; sin embargo, las iniciativas implementadas a manera de intervenciones son menores (sólo dos en este análisis, las cuales, además, parten de instrumentos cuantitativos).

Muñoz *et al.* (2018) comentan que la prevención representa el primer paso hacia la promoción del bienestar en las organizaciones y que éstas reconocen que, si se logra un estado de comodidad física, moral y social, los objetivos son más fácilmente alcanzables. Mencionan también la necesidad de incluir, dentro de las políticas de calidad y seguridad en el trabajo y la prevención de riesgos psicosociales como el estrés, el acoso en el trabajo, la depresión, la ansiedad y los riesgos asociados a la dependencia del alcohol, a las drogas o a los medicamentos.

No obstante, si bien es cierto que prevenir un problema es más sencillo que corregirlo, también lo es que en los centros de trabajo existen efectivamente riesgos en gestación, sin olvidar que existen otros ya presentes, en los que su reconocimiento y posterior intervención y control son urgentes. De ahí la necesidad de realizar proyectos de intervención en este tema, que se traduzcan en iniciativas eficaces y replicables.

Del mismo modo, la mayoría de los proyectos de intervención siguen centrando sus esfuerzos en la instrumentalización de las pruebas, escalas y procedimientos para la identificación y evaluación de los riesgos psicosociales. Se han utilizado para ello metodologías predominantemente cuantitativas, mismas que, si bien reflejan cantidades, se encuentran limitadas para evidenciar la emocionalidad y circunstancias de vida de las trabajadoras y trabajadores (Buitrago-Arévalo y Vargas-Silva, 2017).

En nuestro país la NOM 035 ha generado un cuestionario para la identificación de los factores de riesgo psicosocial en los centros de trabajo. Es un instrumento de corte cuantitativo que se ha convertido en la herra-



mienta diagnóstica con que cuentan las organizaciones; sin embargo, la evidencia sobre confiabilidad del instrumento no es del todo clara. Se reportan dificultades sobre validez de constructo en algunos de sus dominios y categorías (Uribe *et al.*, 2019). Esto se explica porque el instrumento se gestó en contextos culturales distintos, los cuales, al aplicarlos en nuestros entornos, pueden no ubicar la opinión de todos los actores (Buitrago-Arévalo y Vargas-Silva, 2017). Desde las primeras recomendaciones hechas por la OIT y la OMS respecto a riesgos psicosociales, se hizo hincapié en la particularidad de los riesgos en función de cada comunidad laboral, por lo que no existe una solución única para prevenirlos ni mismos puntos de partida.

Por lo tanto, son necesarios, para diseñar un programa específico y adecuado a las necesidades particulares de cada organización, abordajes metodológicos específicos que incorporen la mirada de los principales actores involucrados: las trabajadoras y trabajadores, las cuales se pueden abordar a partir de metodologías cualitativas que permitan conocer las condiciones, experiencias y percepciones de quienes trabajan a manera de complemento de los instrumentos cuantitativos; sobre todo, se deben abrir canales de comunicación y diálogo colaborativo entre todos los actores sociales involucrados.

Al respecto, la European Foundation for the Improvement (2014) comenta que el diálogo social a distintos niveles aumenta la concienciación de los riesgos psicosociales; también coadyuva al desarrollo e implementación de políticas y acciones a nivel organizacional. Por lo tanto, se deben alentar estas iniciativas en el futuro, particularmente en países donde las políticas siguen pendientes de desarrollo.

Ahora bien, el tema del estrés laboral y las formas de prevenirlo ha cobrado fuerza en los últimos años, por lo que los esfuerzos de algunas empresas para proteger a los trabajadores de esta condición también se han aumentado. Podemos mencionar iniciativas que incluyen pláticas informativas respecto al estrés, cursos y talleres para su adecuado manejo y control, técnicas de relajación e incluso actividades deportivas y recreativas para contrarrestarlo.

No obstante, las iniciativas antes mencionadas continúan identificando a las trabajadoras y trabajadores como los responsables de su condición y procuran que sean ellos quienes mejoren o den solución a sus circunstancias

por medio de las iniciativas arriba mencionadas. Esto invisibiliza los aspectos del ambiente laboral que pueden estar generando dichas problemáticas y sobre los cuales las trabajadoras y trabajadores por sí mismos no tienen poder ni autoridad de cambio, como en la literatura revisada se observa (Alcántara, 2018; Arenas, Cali y Andrade, 2015; García-Viniegras *et al.*, 1997; Ramos y Manuel, 2006; Soria *et al.*, 2018).

## A manera de conclusión

Asegurar el bienestar físico y emocional de las trabajadoras y trabajadores es un fin anhelado por las organizaciones, pero implica una ardua y complicada tarea que se facilita al conocer e identificar los factores de riesgo psicosocial que presenta cada empresa. Para conseguirlo es necesario, primeramente, informar<sup>73</sup> y sensibilizar a los empleadores y altos mandos de los centros de trabajo, para que tomen conciencia de la importancia del control de los riesgos y se involucren en dicha labor.

El manejo de los riesgos psicosociales es, y debe ser, un proceso gradual que incluye varias etapas, en las que la identificación y medición de los riesgos es sólo una de ellas. Es necesario, además, interpretar la información obtenida con cuestionarios y encuestas en conjunto con entrevistas y expresiones de las trabajadoras y trabajadores, que den un sentido real y particular a los datos numéricos. Hablamos, pues, de la utilización de metodologías mixtas.

La implementación de la NOM 035 de la STPS en 2018 representa un gran avance en este tema, aunque los beneficios evidentes se vislumbran aún a largo plazo. Se debe mencionarse que los datos, que revelan la falta de validez de constructo en algunos dominios del instrumento de evaluación que la norma propone, confirman la necesidad de incluir metodologías cualitativas que permitan conocer experiencias, circunstancias y realidades particulares de las trabajadoras y trabajadores, para lograr una mayor certeza en los resultados y, sobre todo, para que esto se traduzca en iniciativas eficaces que verdaderamente garanticen el bienestar del activo más valioso de las organizaciones: sus trabajadoras y trabajadores.

## Referencias

- Alcántara, M. (2018). *Evaluating teaching performance at ICPNA based in the five pillars*. Manuscrito inédito. Huancayo, Perú: Instituto Cultural Peruano Norteamericano-Región Centro.
- Almirall, P. J., Torres, J. L., Cruz, L., Palenzuela, N., y Santana, E. (2018). Factores psicosociales laborales, riesgos y efectos. Un estudio piloto para la posible introducción de una norma. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 19(2), 3-13.
- Arenas, F., Cali, J., y Andrade, V. (2015). Factores de riesgo psicosocial en una industria alimenticia de la ciudad de Cali. *Pensamiento Psicológico*, 11(1). <https://doi.org/10.11144/420>
- Astudillo, C. B. (2014). *Factores psicosociales en el trabajo: ¿Cómo comprender las tensiones psicosociales para regularlas?* <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.36487.65449>
- Buitrago-Arévalo, L. E., y Vargas-Silva, L. M. (2017). Reflexiones sobre los procesos de intervención en riesgo psicosocial en trabajadores de la salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, 42, 25-33.
- Castillo, M. D., y González Leandro, P. (2010, febrero-marzo). *Estrés y ansiedad. Relación con la cognición*. [Presentación de la conferencia]. 11º Congreso virtual de Psiquiatría, Universidad de la Laguna, Tenerife, España. <https://psiquiatria.com/trabajos/8cof245425.pdf>
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. y European Agency for Safety and Health at Work (2014). *Psychosocial risks in Europe: prevalence and strategies for prevention: A joint report from the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions and the European Agency for Safety and Health at Work*. Irlanda: Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2806/70971>
- García-Viniegras, C. R. V., Rodríguez, J., Barbón, D., y Cárdenas, N. (1997). Musicoterapia: Una modalidad terapéutica para el estrés laboral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6), 538-543.
- Gil-Monte, P. R., López-Vílchez, J., Llorca-Rubio, J. L., y Sánchez, J. (2016). Prevalencia de riesgos psicosociales en personal de la administración de justicia de la comunidad valenciana (España). *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 22(1), 7-19. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2016.v22n1.01>
- Gómez, R. G. (2018). Panorama del derecho laboral en México. *Revista Jurídica Derecho*, 7(9), 54-72.
- Gómez, M., Calvo, R., De Andrés, R., Alastruey, J. C., Serrano, F., y Ayarza, I. (2014). *Guía de riesgos psicosociales*. Bizkaia: Osalan. Instituto Vasco de Seguridad y Salud laborales.
- Jiménez, J. M. (2017). Historia de la salud ocupacional en la dinámica del docente universitario. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 2(3), 48-64.
- Martínez, M. L. (2020). Riesgos psicosociales y estrés laboral en tiempos de COVID-19:

- Instrumentos para su evaluación. *Revista de Comunicación y Salud*, 10(2), 301-321. [https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10\(2\).301-321](https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10(2).301-321)
- Moreno, J. B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: Conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57, 4-19. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500002>
- Muñoz, D., Orellano, N., y Hernández, H. (2018). Riesgo psicosocial: Tendencias y nuevas orientaciones laborales. *Psicogente*, 21(40). <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3090>
- Organización Internacional del Trabajo (1986). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- (2020). *El Covid-19 y el mundo del Trabajo*, 3ª ed. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_743154.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_743154.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2020). *A safe and healthy return to work during the COVID-19 pandemic*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/briefingnote/wcms\\_745549.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/briefingnote/wcms_745549.pdf)
- Palma-Contreras, A., y Ansoleaga, E. (2020). Asociaciones entre factores de riesgos psicosociales, dimensiones organizacionales y problemas de salud mental, relacionados con la violencia laboral, en trabajadores de tres hospitales chilenos de alta complejidad. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084219>
- Patlán, J. (2013). Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*, 29(129), 445-455. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21230026007>
- Ramos, R., y Manuel, P. (2006). Intervención comunitaria con pacientes atendidos por estrés. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192006000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Soria, I. N., Monsalve, B. L., y Llopis, J. H. (2018). Estrés laboral, burnout y estrategias de afrontamiento en trabajadores que intervienen con menores en riesgo de exclusión social. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*. <https://www.redalyc.org/journal/4959/495958406003/html/>
- Uribe, P. J. F., Gutiérrez, A. J. C., y Amézquita, P. J. A. (2019). Crítica a las propiedades psicométricas de una escala de medición de factores de riesgo psicosocial propuesta en la NOM-035 de la STPS en México. *Contaduría y Administración*, 65(1), 147. <https://doi.org/10.22201/fca.24488410e.2019.1569>

## 4. Dimensión ética del cuidado informado del trauma en personas usuarias de drogas

64

KATIA RUIZ RÍOS\*

ANEL HORTENSIA GÓMEZ SAN LUIS\*\*

ARIAGOR MANUEL ALMANZA AVENDAÑO\*\*\*

MÓNICA AYALA MIRA\*\*\*\*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.154.04>

### Resumen

De acuerdo con Maté (2012), cualquier consumo problemático tiene su origen en el dolor, el trauma y la adversidad en la infancia. Basta con decir que las drogas en general cumplen justamente con una función analgésica, por lo que no son más que esfuerzos por calmar el dolor. El cuidado informado del trauma es una propuesta que sugiere la atención integral de las personas que han pasado por traumas duraderos, severos y complejos, al tiempo que garantiza la salud física y mental de los médicos, terapeutas y otros proveedores de servicios de salud. En el caso de las personas usuarias de drogas, más que a episodios traumáticos, nos enfrentamos a historias traumáticas, por lo que los tratamientos y cualquier tipo de intervención deben considerar trabajar con el dolor. En este sentido, el cuidado informado del trauma no sólo representa un planteamiento teórico y metodológico,

\* Maestranda <sup>2</sup> en Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9955-0822>

\*\* Doctora en Psicología. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9846-5046>

\*\*\* Doctor en Psicología. Profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7240-6163>

\*\*\*\* Doctora en Psicología. Profesora investigadora <sup>3</sup> de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4604-272X>



sino una dimensión ética en el actuar cotidiano del personal de salud que día a día atiende la complejidad del consumo de drogas.

**Palabras clave:** *cuidado informado del trauma, consumo problemático de drogas, ética.*

## Introducción

El trauma en la infancia tiene consecuencias en la forma en que afrontamos situaciones, como el abandono o el abuso sexual, físico o emocional, las cuales generan altos niveles de estrés; como resultado, las personas se tornan más reactivas a lo largo de su vida adulta. Los estudios de trayectorias de personas que consumen drogas muestran que un alto porcentaje de éstas experimentó traumas de varios tipos durante su infancia (Maté, 2012), pero, a pesar de que el trauma está presente en todos los grupos demográficos, tiene un impacto mayor en las personas y comunidades en las que impera la pobreza, la violencia, el aislamiento social, el racismo y la exposición al sistema de justicia penal (Chaudhri *et al.*, 2019).

En cuanto a las tendencias de consumo, el *Informe mundial de drogas 2021* señala que, del 2010 al 2019, el número de personas que consumen drogas se incrementó 22%, y las proyecciones actuales sugieren un alza de 11% en el número de personas que consumen drogas a nivel mundial para el 2030 (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2021).

En México la *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017* reporta que, considerando la población de 12 a 65 años, 10.3% ha consumido cualquier droga alguna vez en la vida; 2.9% lo hizo en el último año, lo que equivale a 2 500 000 personas, y 1.5% consumió en el último mes. En cuanto al consumo específico de drogas ilegales, 9.9% las ha consumido alguna vez en la vida (15.8% hombres y 4.3% mujeres), 2.7% las ha consumido en el último año (4.4% hombres y 1.1% mujeres) y 1.4% en el último mes (2.6% hombres y 0.4% mujeres). De toda la población que consume drogas, 0.6% presenta consumo problemático en el último año: 546 000 personas (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz *et al.*, 2017).

De estas 546 000 personas con consumo problemático, sólo <sup>66</sup> 20.3% ha asistido a tratamiento: 22% hombres y 12.8% mujeres (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz *et al.*, 2017). Las barreras de acceso en países con marcadas diferencias sociales y violencia estructural, como México, suelen incrementarse en comparación con países desarrollados de economías prósperas, particularmente para las mujeres, quienes se enfrentan a barreras de acceso directamente relacionadas con el género. Si a la condición de género le agregamos la pobreza, marginación, migración, trata, explotación y violencia sexual, VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS), padecimientos de salud mental y trayectorias vitales de trauma, se configura la complejidad de una problemática que no sólo atañe al tratamiento por su consumo, sino que exige un tratamiento sensible e integral para la promoción de su salud y la reducción de daños. En este sentido, el cuidado informado del trauma representa un planteamiento teórico, una estrategia metodológica y una postura ética para el cuidado de las personas que consumen drogas.

Desde una revisión de la literatura sobre el tema se plantea el modelo del *cuidado informado del trauma* como un marco de acompañamiento ético en el tratamiento o intervención dirigida a las personas que consumen drogas.

### ***Trauma-informed care*** **(cuidado informado del trauma)**

En el campo de la salud, el trato y la atención hacia las personas usuarias de estos servicios suele ser complejo. Desde que ingresan por primera vez al centro donde se les brinda la atención, hay todo un proceso que el personal y profesionales de salud deben considerar para que estas personas puedan acceder y adherirse a los servicios. En aras de lograr este objetivo, es necesario capacitar a todo el personal que labora en el ámbito de los servicios públicos de salud (recepción, administración y diversos profesionales de la salud) para proveer una mejor atención, encaminada a fortalecer y apoyar a los usuarios, a fin de facilitar su cercanía, comunicación y permanencia en los programas de atención.



Si bien parte de los procesos que llevan las personas que requieren los servicios de salud son responsabilidad de ellas mismas, no siempre están en condiciones físicas y emocionales de asumir dicha responsabilidad. Es importante que como profesionistas de la salud se consideren todas las cuestiones estructurales y culturales que pueden fungir como barreras para su acceso a la salud, las cuales son interpretadas de manera particular y ante las cuales cada persona responde de manera distinta.

Los procesos de autocuidado se vinculan con la situación emocional en la que las personas se encuentran. Esas circunstancias pueden ser un motivo (o varios) para no acercarse a los servicios de salud al encontrarse, por ejemplo, en negación ante el resultado de alguna prueba de VIH u otra ITS o sentirse atrapada en una dinámica de violencia; de manera simultánea influyen las violencias estructurales y sistemáticas a las que se enfrentan de manera cotidiana, como la falta de recursos económicos para atender necesidades de salud.

En ese sentido, uno de los modelos que actualmente se ha estado implementando en el ámbito de la salud es el cuidado informado del trauma (*trauma-informed care*), el cual hace referencia al proceso mediante el cual el trauma psicológico que se desarrolla en la niñez tiene consecuencias en la vida adulta (Harris y Fallot, 2001). Por lo tanto, al momento de ser atendidas las personas en los servicios de salud, éstos pueden tener un impacto negativo en ellas, ya que, como mencionan Harris y Fallot (2011), afectan su disposición a participar e involucrarse en sus atenciones.

El cuidado informado del trauma tiene un lado más compasivo en donde el acceso a estos servicios permite sentirse seguro y bienvenido, a comparación del modelo clínico biomédico que tradicionalmente conocemos en estos espacios, en el que incluso algunos profesionales de la salud pueden mostrar estigma y discriminación hacia quienes acuden, sobre todo hacia poblaciones con alta vulnerabilidad.

El trauma se define como un evento, una serie de eventos o incluso un conjunto de circunstancias que una persona experimenta como física o emocionalmente dañina o amenazante y que tiene efectos adversos duraderos (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Al respecto, Rinker (2019) remite al modelo del cuidado informado del trauma, enlistando cinco componentes esenciales para ser considerados por

los profesionales de la salud que trabajan con personas que presentan algún tipo de trauma:

- *Medio ambiente*: es decir, el centro de salud debe mostrarse como un espacio seguro y tranquilo, por lo cual el personal debe estar capacitado sobre el impacto del trauma en la salud. Para ello es importante disponer de un espacio físico que esté diseñado para incluir áreas de privacidad y comunitarias.
- *Educación*: proceso mediante el cual los pacientes aprenden sobre el vínculo entre la salud y el trauma y cómo los servicios específicos para el trauma pueden servir en su tratamiento.
- *Indagación*: el personal de salud tiene que indagar sobre los traumas del paciente usando preguntas abiertas y herramientas adecuadas, lo que está relacionado con el siguiente componente.
- *Respuesta*: el personal de salud debe ser compasivo y solidario, para así empoderar a la persona que asiste a tratamiento.
- *Base*: todos estos componentes deben garantizar que todas las políticas y actividades vayan a la par con este modelo.

Para Machtinger *et al.* (2015) es significativo comprender la conexión entre las experiencias traumáticas y la salud, ya que esto puede ser transformador y sanador, pues, cuando los pacientes logran comprender que “[...] el trauma de la niñez y la edad adulta subyace a muchas enfermedades y comportamientos poco saludables, a menudo dejan de culparse a sí mismos, se sienten más aceptados y progresan hacia la salud y el bienestar” (p. 193).

Es decir que algunas personas que presentan alguna condición de salud (por ejemplo algunas enfermedades cardíacas, pulmonares y hepáticas, obesidad, diabetes, depresión o infecciones de transmisión sexual) o sobre todo grupos vulnerables (como migrantes y personas de la comunidad LGBT+) o con algún consumo problemático de drogas pueden ser renuentes al tratamiento, ya que no se está trabajando un trauma reciente o pasado que puede continuar manifestándose, y, al no haber alguna conexión o interés por parte del profesional de salud hacia la persona, esto puede ser un detonante para crear una barrera de acceso a su atención.

Como concluyen Machtinger *et al.* (2015), el cuidado informado del trauma es una buena atención centrada en el paciente, ya que permite sanar y generar entornos más saludables y menos traumáticos para hijos, familias y comunidades. Asimismo, el propio personal de salud tiene una herramienta poderosa al reconocer que está trabajando con personas que quizá se encuentren en momentos estresantes y sin apoyo, por lo que trabajar con este abordaje “tiene el potencial de transformar la experiencia y la eficacia de la atención primaria del tratamiento a la curación genuina” (p. 196).

Es necesario mantener un abordaje humano y compasivo con los grupos vulnerables, así como mejorar el trato y cuidado hacia estas poblaciones, procurando la no revictimización y disminuyendo las barreras de acceso a la salud. Para Mate la verdadera pregunta no es “¿Por qué la adicción?”, sino “¿Por qué el dolor?” En el caso de las personas que consumen drogas es claro por qué sienten dolor: han sido abusadas toda su vida (Benazzo y Benazzo, 2021).

## **Poblaciones vulnerables usuarias de drogas**

Cuando se hace referencia a poblaciones vulnerables, se habla de grupos que viven con ciertas situaciones de vida que les generan exclusión y no tienen las mismas oportunidades para acceder a mejores condiciones de bienestar. La Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública [CESOP] (2009) considera que los grupos vulnerables son aquellos que por sus condiciones sociales, económicas, culturales o psicológicas pueden sufrir maltratos contra sus derechos humanos. Entre ellos se encuentran las personas de la tercera edad, personas con discapacidades, mujeres, niños, pueblos indígenas, personas con enfermedades mentales, personas con VIH/sida, trabajadoras y trabajadores migrantes, minorías sexuales y personas detenidas. Además, la Ley de Asistencia Social (DOF, 2021) agrega dentro de sus programas a otros grupos vulnerables que considera que requieren de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar, dentro de los cuales se menciona a los alcohólicos y farmacodependientes.

Asimismo, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2015) menciona que:

Cuando dicha vulnerabilidad o estado de mayor riesgo se presenta debido a condiciones o características individuales o de aspectos esenciales de una persona, o la imposibilita para satisfacer sus necesidades básicas o defender sus derechos, estamos frente a un posible acto de discriminación contrario a la dignidad humana que, de ejecutarse, resultará en una violación a sus derechos humanos y libertades fundamentales. (p. 25)

En ese mismo eje, Lázaro (2020), al referirse a las necesidades que requieren los grupos vulnerables en temas de salud mental, menciona que es necesario “[...] tener en cuenta las condiciones de vida en las que una persona se desarrolla y su relación con la desigualdad, la inequidad, la pobreza o la marginalidad a las que esté expuesta” (p. 1). Aunado a esto, la complejidad de las condiciones económicas, sociales y emocionales por las cuales atraviesan estos grupos vulnera más su situación, por lo que el acceso a sus derechos humanos queda limitado, sobre todo en la cuestión de los servicios de salud, en los cuales estas personas no pueden ser atendidas, por ejemplo, por falta de documentación, presentarse en condiciones no deseables para el personal, inclusive agregaríamos por la puntualidad, ya que no tienden a ser flexibles ante estas situaciones que suelen ser frecuentemente presentadas a causa de las dinámicas de vulnerabilidad en las que pueden llegar a vivir.

En el caso de las personas usuarias de drogas, se puede observar una multiplicidad de condiciones que se conjugan y configuran vulnerabilidades acumuladas: migración, juventud, género, pertenencia a la comunidad LGBT+ o a un grupo indígena, etcétera. En ese mismo sentido, la condición deseable para el personal que atiende a estas personas es la abstinencia, lo cual ocasiona un conflicto entre las personas usuarias de drogas. A esto hay que sumar las actitudes que pudieran llegar a tener quienes ofrecen el servicio de salud. Los sesgos o creencias del personal de salud también pueden representar barreras para la atención.

Además, si requieren un tratamiento, les pueden ser negados los medicamentos o se los condicionan porque el médico considera que “no les van a hacer efecto debido a su consumo” o “lo van a vender”. Aun con la presencia de una agenda para erradicar ciertas infecciones y otras condiciones de vida, como <sup>62</sup> la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que promueve la



Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2018) y dentro de la cual los tratamientos son marcados como universales, dichos medicamentos terminan por ser negados para las personas usuarias de drogas por continuar en consumo, lo que representa una violación a su derecho a la salud.

A la vez, también hay diferencia si las personas consumidoras son mujeres; “[...] si bien es cierto que hombres y mujeres se enfrentan al estigma de ser usuarios de sustancias, los mandatos de género conllevan a que los efectos del estigma recaigan con mayor peso sobre las mujeres” (Ospina-Escobar, 2020, p. 119). Esto lo precisan Romero *et al.* (2010) en un estudio sobre las inequidades y las barreras de tratamiento a las que se enfrentan las mujeres, en donde, además de la discriminación y el estigma que confrontan, se abordan los prejuicios que existen hacia las mujeres (las “malas mujeres”) y la naturalización, en la cual se piensa que lo que es válido para los hombres también es para las usuarias. Por estos es necesaria la perspectiva de género para generar políticas públicas y de investigación (MPICD, 2021).

Además, si sucede un embarazo en personas que consumen drogas, se vuelven sumamente vulnerables por el rechazo social que conlleva el ser mujer usuaria de drogas y ejercer la maternidad al mismo tiempo. Ovalle *et al.* (2020) narran una experiencia que sucedió con una de las usuarias que asiste a Sociedad Civil Integración Social Verteral encontrarse embarazada y las atenciones que recibió durante su embarazo.

Situaciones de este tipo generan desconfianza por parte de las personas usuarias hacia las instituciones y personal de salud, por lo cual incluso se crean mitos sobre lo que puede ocurrir si necesitan atención médica (Ovalle *et al.*, 2011). Éstos son algunos mitos que la primera autora del presente capítulo ha llegado a escuchar en la organización Verter: “Es que ahí te matan”, “No nos quieren”, “Para no atenderte bien, mejor prefieren cortarte el brazo”, entre otros.

Se ha estudiado el consumo de drogas como un asunto de salud pública; sin embargo, la atención y trato institucional continúa realizándose con estigma (Greenbaum, 2019), acentuando las dinámicas de criminalización de las y los consumidores (Zedillo *et al.*, 2019), todo lo cual afecta de manera psicosocial a la persona que usa drogas, sobre todo a quienes usan drogas inyectadas (Tizoc-Márquez *et al.*, 2017).

Por lo general las personas usuarias de drogas no se consideran personas de derechos, puesto que sistemáticamente les son restringidos, en especial el derecho a la salud (Zedillo *et al.*, 2019). Se les niegan por el propio estigma que se tiene hacia el usuario y otras condiciones que merman su calidad de vida y su propio bienestar. Considerar criminales a las personas usuarias de sustancias suele naturalizar las múltiples violencias que enfrentan (Ospina-Escobar, 2020). Por ejemplo, al no considerar la posibilidad de administrar un sustituto con opiáceos, como la metadona, a las personas consumidoras de opioides cuando requieren una hospitalización de emergencia, es probable que no puedan mantenerse internadas a causa de la llamada “malilla” (abstinencia), lo que consideramos que es violencia institucional, porque, como se sabe, el síndrome por abstinencia puede ocasionar la muerte de las personas, sobre todo si se considera que probablemente el hospital tenga acceso a metadona y no la proporcione o si permite que la persona sufra a causa de su dependencia; por lo que es común que los usuarios tenga que salir de la hospitalización para conseguir su sustancia y, en consecuencia, no continuar con su tratamiento.

Goffman (citado en Jassir *et al.*, 2021) define el estigma como un atributo desacreditador que conlleva una connotación social. Menciona que un individuo estigmatizado es inicialmente una persona completa y normal, pero, debido al estigma, se convierte en un individuo contaminado e indigno. Esto significa que la persona que es estigmatizada pierde su valor en la sociedad, por lo que, a la vez, puede generar sentimientos de vergüenza, culpa y humillación hacia sí misma.

En ese sentido, al revisar la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM-028-SSA2-2009), se continúa llamando a los individuos que consumen drogas “adictos”. Aunque se haga alusión a que los servicios de atención en adicciones deben ser con base en el respeto y en los derechos humanos y civiles, en realidad existe una brecha enorme en la práctica, ante la cual es necesario seguir fortaleciendo las atenciones del personal de salud hacia las personas usuarias de drogas, para que se genere una mayor confianza y adherencia al tratamiento, ya sea farmacológico o no farmacológico.

Con la vulnerabilidad que lleva consigo el consumo de sustancias más un rechazo social generalizado, el acceso a la salud es uno de los derechos



que se ven afectados (Ortúzar, 2017; Ovalle, 2009; Zedillo *et al.*, 2019), ya que sigue siendo concebido desde una perspectiva prohibicionista, mediante la cual se castiga al consumidor por mantenerse en un marco de ilegalidad y otras condiciones asociadas al consumo, y no es visto como un problema de salud pública que debe ser atendido sin ningún tipo de estigma y discriminación hacia quienes consumen drogas.

Farrugia *et al.* (2020) mencionan que las personas usuarias de drogas desearían tener una atención menos crítica y más empática por parte de los profesionales de la salud, para así facilitar su elección de tratamiento, una atención integral y el acceso a profesionales de la salud que estén informados sobre el consumo de drogas y que puedan brindar servicios no relacionados con el consumo de drogas, como la atención a la salud y bienestar general.

También hay que recordar que son poblaciones que viven en el sur global. No viven de un Gobierno que les provee recibos para ofrecerles comida, vestido y vivienda. Son personas que viven al día, tienen que “hacer el talón” a diario para satisfacer sus necesidades básicas y su consumo de drogas. Son víctimas del prohibicionismo, de una guerra contra ellos, de un país en que el Estado y las organizaciones delictivas crean alianzas y existe, además, la impunidad.

### **La dimensión ética del cuidado informado del trauma**

Como reportan Teixeira *et al.* (2017), existe suficiente evidencia empírica para dar cuenta de la relación que existe entre el estrés vivido en la niñez y las conductas adictivas en la edad adulta, así como la relación entre los traumas infantiles, la violencia y las conductas adictivas. En una metátesis realizada por estos autores, se encontró que las personas en su edad adulta recurren al consumo de drogas con fines terapéuticos, es decir, para lidiar con el dolor que les causan las experiencias estresantes que vivieron en su niñez, aun a pesar de ser conscientes de los efectos nocivos de dicho consumo, lo que da una idea de la intensidad del dolor que los eventos estresantes o traumáticos ocasionan a largo plazo.

Puesto que trabajar con las adicciones es trabajar con el dolor, el principio número 2 de los Estándares Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas (OMS y UNODC, 2020) insta a asegurar <sup>21</sup> estándares de cuidado éticos en los servicios de tratamiento, guiados por normas universales éticas de cuidado de la salud —como el respeto por los derechos humanos y la dignidad del paciente—, lo que incluye dar atención al derecho de disfrutar del más elevado estándar de salud y bienestar que garantice la no discriminación y la eliminación de estigmas.

Por esto se considera que, al decidir de manera autónoma, sin ser forzado ni en contra de la voluntad de la persona usuaria de drogas, cuándo iniciar y cuándo detener su tratamiento para disminuir la actividad de consumo, no debe haber intervenciones represivas, humillantes y degradantes, sino que las adicciones deben ser tratadas de manera similar a cualquier otro padecimiento de salud.

En este contexto el cuidado informado del trauma representa un marco ético universal del cuidado de la salud, que, en armonía con los estándares internacionales, busca el respeto por los derechos humanos y la dignidad del paciente, la no discriminación y eliminación de estigmas y el acceso a tratamientos alejados de las intervenciones represivas, humillantes o degradantes.

Entender el consumo problemático o la adicción como una estrategia para lidiar con la adversidad vivida en la niñez (Teixeira *et al.*, 2017) significa construir ambientes amigables y agradables tanto para las personas que consumen drogas, como para el personal de salud que los atiende. <sup>20</sup> En palabras de Hopper *et al.* (2010), el cuidado informado del trauma es un marco de trabajo basado en la comprensión y sensibilidad del impacto de dicho trauma, que hace hincapié en la seguridad física, psicológica y emocional del proveedor de servicios y de los sobrevivientes, y crea oportunidades de recuperación para los sobrevivientes y un sentido de control y fortalecimiento. A nuestro entender, éstas son las condiciones previas mínimas de cualquier intervención con usuarios de drogas, independientemente de la postura teórica o el enfoque metodológico de dicha intervención.

De acuerdo con Trauma Informado Oregon (2016), la propuesta de cuidado informado del trauma puede ser diferente o adaptarse a las necesidades de cada lugar, de los participantes y de las organizaciones. Puede implicar desde un cambio cultural o un marco de trabajo hasta un enfoque

mediante el cual se pueden ver los servicios de salud, pero, independientemente de lo anterior, el cuidado informado del trauma implica la implementación de servicios culturalmente adecuados, la participación activa de los receptores de servicios y el fortalecimiento de los proveedores de estos servicios de salud. Estos cambios configuran una ética colectiva (incluso más allá de los proveedores y los receptores de servicios de salud): una ética comunitaria, sensible y consciente del cuidado informado del trauma en personas que consumen drogas.

## Referencias

- Benazzo M., y Benazzo Z. (directores) (2021). *The wisdom of trauma* [documental]. The Hive Studios.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2009). *Grupos vulnerables*. [http://archivos.diputados.gob.mx/Centros\\_Estudio/Cesop/Eje\\_tematico\\_old\\_14062011/9\\_gvulnerables\\_archivos/G\\_vulnerables/d\\_gvulnerables.htm](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Eje_tematico_old_14062011/9_gvulnerables_archivos/G_vulnerables/d_gvulnerables.htm)
- Chaudhri S., Zweig, K., Hebbar, P., Angell, S., y Vasan A. (2019). Trauma-Informed Care: a strategy to improve primary healthcare engagement for persons with criminal justice system involvement. *Journal of General Internal Medicine*. 34, 1 048–1052. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4783-1>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2015). *Grupos en situación de vulnerabilidad*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos. [https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas\\_CTDH\\_GruposVulnerabilidad1aReimpr.pdf](https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas_CTDH_GruposVulnerabilidad1aReimpr.pdf)
- Diario Oficial de la Federación (2021). *Ley de asistencia social*. México: Cámara de Diputados. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/270\\_200521.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/270_200521.pdf)
- Farrugia, A., Pienaar, K., Fraser, S., Edwards, M., y Madden, A. (2020). Basic care as exceptional care: Addiction stigma and consumer accounts of quality healthcare in Australia. *Health Sociology Review*, 30(2) 95-110. [https://www.researchgate.net/publication/342818514\\_Basic\\_care\\_as\\_exceptional\\_care\\_addiction\\_stigma\\_and\\_consumer\\_accounts\\_of\\_quality\\_healthcare\\_in\\_Australia](https://www.researchgate.net/publication/342818514_Basic_care_as_exceptional_care_addiction_stigma_and_consumer_accounts_of_quality_healthcare_in_Australia)
- Greenbaum, Z. (2019). The stigma that undermines care. *Monitor on Psychology*. 50(6). <https://www.apa.org/monitor/2019/06/cover-opioids-stigma>
- Harris, M., y Fallot, R. (2001). *Using Trauma Theory to Design Service Systems. New Directions for Mental Health Services*. San Francisco: Jossey-Bass. [https://www.researchgate.net/publication/232450640\\_Using\\_trauma\\_theory\\_to\\_design\\_service\\_systems\\_New\\_directions\\_for\\_mental\\_health\\_services](https://www.researchgate.net/publication/232450640_Using_trauma_theory_to_design_service_systems_New_directions_for_mental_health_services)
- , y Fallot, R. (2011). *Using trauma theory to design service systems. New directions for mental health services*. San Francisco: Jossey-Bass. [https://www.researchgate.net/publication/232450640\\_Using\\_trauma\\_theory\\_to\\_design\\_service\\_systems\\_New\\_directions\\_for\\_mental\\_health\\_services](https://www.researchgate.net/publication/232450640_Using_trauma_theory_to_design_service_systems_New_directions_for_mental_health_services)

## 5. La adherencia escolar como factor protector de conductas antisociales en adolescentes

HÉCTOR E. PERALES MANJARREZ\*

ANEL HORTENSIA GÓMEZ SAN LUIS\*\*

PEDRO ANTONIO BE RAMÍREZ\*\*\*

ARIAGOR MANUEL ALMANZA AVENDAÑO\*\*\*\*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.154.05>

### Resumen

También conocido como apego, permanencia o retención, la adherencia escolar es un concepto que hace referencia a todos aquellos factores que intervienen para que un individuo permanezca en la escuela desde que inicia hasta que concluye el nivel académico al que se ha inscrito, manteniendo su motivación, aprovechamiento escolar, compromiso con las normas establecidas, con el cuidado de las instalaciones y el establecimiento de pautas de interacción con sus pares y figuras de autoridad en un marco de respeto. En el presente trabajo se hace una revisión de la literatura para observar los factores asociados con la adherencia escolar y la importancia de ésta como factor protector frente a diversas manifestaciones de riesgo social en la población adolescente, tales como el consumo problemático de sustancias ilegales, la violencia, el crimen organizado y un amplio repertorio de conductas antisociales, ya que la escuela es promotora de factores

\* Maestrando en Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5413-5940>

\*\* Doctora en Psicología. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9846-5046>

\*\*\* Doctor en Antropología. Profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9798-9366>

\*\*\*\* Doctora en Psicología. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7240-6163>

protectores, por lo que la adherencia de los jóvenes a este contexto educativo disminuye la probabilidad de que se involucren en conductas que pueden afectar su salud, seguridad, libertad e incluso la propia vida. Asimismo, se hace una revisión de algunas conductas antisociales, incluyendo una descripción breve de los factores de riesgo y de protección asociados a este tipo de conductas.

**Palabras clave:** *adherencia escolar, conductas antisociales, factores de riesgo, factores protectores, adolescentes.*

### **La adherencia escolar**

La adherencia escolar está construida por todos aquellos factores que disminuyen la probabilidad de deserción y abandono escolar. Según la Secretaría de Educación Pública (SEP, 2022b), el abandono escolar es el resultado de un proceso que gradualmente lleva a los estudiantes a tomar distancia de la escuela hasta desvincularse de ella por completo, temporal o definitivamente. Matus *et al.* (1992, citados en González *et al.*, 1999) afirman que la adherencia escolar guarda estrecha relación con el rendimiento académico, el cual es medido por el sistema de calificaciones como resultado de las evaluaciones o pruebas; sin embargo, existen otros factores asociados con la adherencia escolar que influyen en su aumento o disminución, tales como el nivel socioeconómico, las condiciones de vida de la familia y la situación laboral por la que estén atravesando los miembros. De acuerdo con este autor, la adherencia escolar depende, en gran medida, de factores de personalidad, así como de la calidad de las relaciones interpersonales que se establecen en la escuela.

Cuando la adherencia escolar disminuye a causa de factores endógenos o exógenos, se puede observar un proceso dinámico y acumulativo de desvinculación y alejamiento que en su estadio final devendrá en abandono escolar (Morris y Pullen, 2007; Rumberger, 2004, citado en Oliver-Trobat *et al.*, 2014). De esta manera, el abandono escolar no constituye un hecho aislado o una decisión repentina, sino que es el resultado de un proceso de desvinculación paulatina en la que se puede observar la presencia de indi-



cadore que sugieren la progresiva disminución de adherencia al entorno escolar, comenzando por un bajo nivel de motivación para permanecer en la escuela y participar en las actividades llevadas a cabo dentro de ella y pasando a una disminución del rendimiento escolar (bajas calificaciones) a causa de un desempeño por debajo de lo esperado, acompañado de ausentismo, reprobación, rezago educativo, hasta llegar a la interrupción parcial o definitiva de los estudios.

El abandono escolar constituye un problema que debe ser evitado debido a las consecuencias graves que tiene en el desarrollo intelectual, emocional, psicosocial y laboral del individuo que abandona la escuela. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2020) reporta que más de 23 000 000 de jóvenes podrían abandonar la escuela y advierte que esta cifra podría aumentar hasta 25 000 000 de niños, niñas y adolescentes, quienes estarían en riesgo de no regresar. Por lo anterior las causas del abandono escolar han sido estudiadas por numerosos autores con la finalidad de desarrollar estrategias que hagan frente a este problema, sobre todo en educación básica y nivel medio superior.

De acuerdo con la SEP (2022b), los mayores niveles de abandono se encuentran en los hogares con carencias sociales y pobreza. De igual manera, el desempeño escolar por debajo del estándar y los problemas de conducta y ausentismo prolongado son indicadores que sugieren una situación de riesgo que puede conducir directamente al abandono escolar. En los últimos 2 años los niños, niñas y adolescentes tuvieron una disminución considerable de la adherencia escolar a causa de la crisis sanitaria por COVID-19, lo que provocó un incremento significativo del rezago educativo, pérdida de aprendizajes y la deserción parcial o definitiva de entre 15 y 20% de los alumnos inscritos. Lo anterior se debió a la pérdida de rutinas y dinámicas escolares, así como a la modificación de hábitos diarios por parte de los estudiantes y a la falta de comunicación entre ellos y sus maestros.

De acuerdo con Román (2013), los factores asociados con el abandono escolar pueden dividirse en exógenos (aquellos que corresponden al ámbito externo del entorno escolar) y endógenos (los que corresponden al ámbito interno). Algunos factores exógenos son el nivel socioeconómico de la familia, la escolaridad de los padres y adultos que integran el núcleo familiar,



la situación nutricional de los niños y niñas, su origen étnico, factores familiares y culturales (como la actitud de la familia hacia la educación), las pautas de crianza y socialización, y las expectativas y aspiraciones de cada niño o niña; por su parte, algunos factores endógenos incluyen el equipamiento con el que cuenta la escuela, su planta docente, el material educativo de apoyo, los programas de alimentación y salud escolar, becas, situación de los docentes en cuanto a formación, actualización y sus condiciones laborales.

Cetina *et al.* (2021) mencionan que la deserción escolar en cualquier nivel educativo es de alta prioridad; sin embargo, recomienda poner especial atención en enseñanza básica, pues es el nivel en el que no vuelven a retomar sus estudios aquellos que dejan la escuela, a diferencia de los estudiantes de nivel medio, quienes sí lo hacen. Por ello, en educación básica es importante poner atención a indicadores tales como la asistencia, el rendimiento académico, las relaciones adecuadas con el grupo de pares y figuras de autoridad, la participación del estudiante en actividades escolares, además de la motivación intrínseca y extrínseca para el logro del aprendizaje y el desarrollo de habilidades intelectuales, psicoafectivas y, desde luego, sociales.

Existen estrategias que incrementan la adherencia escolar, tales como actividades extracurriculares que fomentan la participación y la identificación estudiantil con el entorno escolar (Portillo-Torres, 2015) o cualquier actividad que promueva un clima escolar favorable y un ambiente seguro. Por el contrario, existen factores que disminuyen la adherencia escolar, tales como un clima escolar negativo; una orientación personal, escolar y profesional inadecuada; actitudes <sup>60</sup>negativas de los docentes hacia los alumnos; relaciones sociales deficientes; falta de supervisión y control en el aula; elevado número de alumnos por aula; falta de acompañamiento de los docentes hacia sus alumnos; políticas o prácticas inadecuadas o excesivas en la escuela que llevan a suspensiones, expulsiones o cambios de escuela forzados (Oliver-Trobat *et al.*, 2014).

Una pedagogía inapropiada por parte de los docentes, centrada en los contenidos de los planes y programas más que en el alumnado, disminuye significativamente la adherencia escolar. Por ello, los docentes deben generar estrategias didácticas especiales y superar los métodos de enseñanza tradicionales para hacer frente a las necesidades tanto académicas como

emocionales de los niños, niñas y adolescentes, incorporando actividades que les resulten estimulantes y motivadoras y tomando en cuenta sus características y necesidades para lograr así la construcción del aprendizaje significativo (Oliver-Trobat *et al.*, 2014).

Las causas de la disminución de la adherencia escolar son multifactoriales y deben centrarse no sólo en aquellas que corresponden a los propios estudiantes, sino también en las correspondientes a los docentes y al entorno socio cultural en el que se desenvuelven. Al respecto, Delgado (2011, citado en Cetina *et al.*, 2021) puntualiza que los docentes suelen recurrir a prácticas poco sensibles a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes; tienden a establecer relaciones distantes respecto a los estudiantes: desconocen quiénes son; incluso podrían llegar a sentirse ajenos al fenómeno de la deserción e incurrir en faltas a sus obligaciones docentes. A partir de lo anterior, algunos docentes de nivel secundaria, frente a un elevado número de estudiantes, adoptan una actitud de indiferencia, centrando su objetivo en terminar de ver en su totalidad los temas contenidos en los planes y programas de estudio, pero descuidando la generación de estrategias y modos de transmisión del conocimiento basados en un aprendizaje significativo. Lo anterior se traduce en desinterés y desánimo por parte de los estudiantes, así como en dificultad por parte de los docentes al no lograr incentivar o motivarlos.

### **Conceptualización y origen de las conductas antisociales**

Las conductas antisociales constituyen manifestaciones no adaptativas que suponen una transgresión de normas establecidas por los miembros de una comunidad. Stoff y Maser (1997, citados en Andreu y Peña, 2013) definen este tipo de conductas como actos que infringen de manera clara las reglas sociales y que se dirigen en contra de los demás. Asimismo, afirman que, cuando los adolescentes que han incurrido en conductas antisociales van creciendo, tienden a continuar manifestando este tipo de conductas, incluso acompañadas de otros problemas asociados con el consumo de sustancias o la desadaptación laboral, familiar e interpersonal. Para Quiroz *et al.* (2007)

17

la conducta antisocial es una problemática que surge por la combinación de diversos factores, entre los que destacan la conducta disruptiva en la escuela, el consumo de drogas, el alcoholismo, la relación antisocial con sus pares, las alteraciones emocionales, el maltrato, los problemas familiares, entre otras situaciones que hacen a los individuos más vulnerables.

En su mayoría los autores que abordan este tema coinciden en que las conductas antisociales constituyen acciones que atentan contra la integridad de los demás, ya que transgreden normas que los miembros de una comunidad o sociedad en general han establecido e incluso tipificado como delito en un marco jurídico vigente. Burt y Donnellan (2010, citado en Andreu y Peña, 2013) sostienen que las conductas antisociales abarcan desde conductas predelictivas, como faltar a la escuela, escaparse de casa, agredir verbalmente a alguien o romper acuerdos, hasta conductas propiamente delictivas, como robar, consumir sustancias ilícitas, agredir física o psicológicamente a una persona, asesinar, entre otras. Éstas últimas se definen, con base en el artículo 7 del *Código Penal Federal*, como “[...] todo acto u omisión sancionado por la ley penal vigente” (Cámara de Diputados 2021, p. 2).

En cuanto al origen de estas conductas, existen teorías o modelos explicativos que se centran sobre todo en el papel que tienen los componentes fisiológicos y hereditarios; sin embargo, existen otras que ofrecen una aproximación más amplia desde un enfoque psicosocial. Farrington (1992) sostiene que un conjunto de destrezas o competencias sociales inhiben el comportamiento antisocial y, por el contrario, un déficit en ellas lo facilita. Algunas de las consideraciones que se deben tener en cuenta para comprender el origen de las conductas antisociales son los factores fisiológicos y hereditarios, el temperamento, competencias cognitivas, cuidado en la familia y otros contextos, rendimiento escolar, vínculo con la escuela y el empleo, redes sociales y grupo de iguales, cogniciones relacionadas con uno mismo, cogniciones sociales y creencias, así como factores de la comunidad y el vecindario.

## Factores de riesgo y protección frente a las conductas antisociales en adolescentes

El sexo y la edad son factores que guardan estrecha relación con las conductas antisociales. De acuerdo con Reinserta un Mexicano, A. C. (2018), 91% de los jóvenes que han violado la ley antes de la mayoría de edad son hombres y tienen una edad promedio de 17 años. Hikal (2021) afirma que la participación de los jóvenes en actos ilícitos relacionados con el crimen organizado va en constante crecimiento, tanto en México como en otros países de América Latina y el mundo. Este autor le atribuye dicho crecimiento a problemas sociales como la pobreza, marginación, falta de oportunidades, escaso desarrollo social y humano, todo lo cual va generando mayores condiciones de vulnerabilidad. El comportamiento antisocial comienza generalmente en los primeros años de la adolescencia con pequeños robos, peleas entre pares, incumplimiento de obligaciones y evasión de responsabilidades. Este tipo de conductas infractoras aparecen al principio en forma ocasional, no premeditada y sólo con el deseo de divertirse u obtener algunos bienes materiales.

Hernández y López (2020) realizaron una revisión de la literatura en la que reportaron factores de riesgo psicosocial en jóvenes con conductas delictivas y los agruparon en seis áreas. La primera es la familia, ya que los adolescentes que incurren en conductas delictivas pertenecen a familias cuyas pautas de crianza han sido permisivas o en exceso represivas. Además, la falta de comunicación familiar, ausencia de figura paterna, experiencias traumáticas en la infancia y una confusión en la ideología o los valores familiares pueden promover la aparición de conductas antisociales y delictivas en la adolescencia. La segunda área se denomina *psicológico-personalidad*, dado que la personalidad es un factor de riesgo, pero no es suficiente para explicar la persistencia de las conductas delictivas en los adolescentes. La inestabilidad social, la baja empatía y un déficit afectivo funcionan como precursores de la personalidad antisocial. La tercera área incluye el consumo de alcohol y drogas, y, aunque éste es un factor que ha sido asociado con las conductas delictivas, vale señalar que no ha sido posible establecer una relación causal. El área número cuatro, contexto educativo y social, indica



que los jóvenes escolares que presentan mayores conductas antisociales tienen menos amigos, mayores conductas disruptivas en el aula y más conflictos con los profesores. El área cinco, de lo social-económico, señala la influencia de pobreza en la conducta antisocial y delictiva y advierte que las personas que sufren pobreza durante la infancia tenderán a repetir estas pautas en la vida adulta, lo cual dará pie a incurrir en actos ilícitos o conductas antisociales. Finalmente, el área seis, denominada social-aspectos culturales, señala una relación entre la percepción de la delincuencia entre pares y el comportamiento delictivo percibido en la comunidad, con la externalización del comportamiento delictivo.

En cuanto a los factores de protección, Gámiz *et al.* (2014) exponen como relevantes el coeficiente intelectual alto, el temperamento fácil, las habilidades sociales, los buenos hábitos, el ambiente escolar apropiado, los ambientes no delictivos y el ambiente familiar sano y estable. Por su parte, Torrado *et al.* (2021) agrupan los factores de riesgo y protección en personales, del microsistema y del exosistema. Entre los factores personales de riesgo se encuentran el trastorno disruptivo de la conducta, déficit cognitivo, baja adherencia al ámbito escolar, antecedentes de conducta agresiva, problemas emocionales y consumo de sustancias, problemas emocionales, de interacción social y rasgos de psicopatía. Los factores de protección personales incluyen alto rendimiento en tareas de reconocimiento emocional, elevado coeficiente intelectual en la escala verbal, alto nivel de empatía y toma de perspectiva, historial de buena salud en la primera infancia y alto compromiso escolar. A nivel de microsistema los factores de riesgo incluyen maltrato en la infancia, antecedentes delictivos y de consumo de sustancias en la familia, separación de los padres o ausencia de un cuidador primario, carencia de apoyo social y violencia intrafamiliar, entre los más significativos. Entre los factores de protección se encuentran una estructura familiar emocionalmente estable, presencia física y emocional de los padres y una condición socioeconómica alta en los primeros dos años de vida. A nivel de exosistema, los riesgos se centran en la exposición social a la delincuencia, disturbios en el barrio y delincuencia en la escuela. En contraparte, un contexto escolar libre de violencia hace de factor de protección.

De acuerdo con Vélez *et al.* (2021), México enfrenta una crisis de seguridad que hace necesario poner especial énfasis en el estudio de aquellos



factores que promueven la creciente participación de niñas, niños y adolescentes en la actividad delictiva. Alvarado (2011, citado en Vélez *et al.*, 2021) reconoce estos factores y los categoriza en cinco esferas: (a) individual, (b) familiar, (c) comunitario y contextual, (d) escolar y (e) otros, junto con las correspondientes subcategorías que ofrecen una perspectiva muy compleja de este fenómeno y advierten un alto grado de dificultad en su prevención. A nivel individual menciona factores personales: edad, género y relaciones con amistades; en la esfera familiar incluye el tipo de familia, la autoridad en el hogar, conductas violentas, tiempo libre sin supervisión y la influencia de pares. En el ámbito comunitario y contextual se encuentran las características del barrio y de la vivienda, la cohesión comunitaria, los espacios públicos y el tiempo que se dedica a la interacción en éstos. La dimensión escolar hace referencia al ambiente escolar, deserción, conducta antisocial, acoso, agresiones, suspensiones, motivación al logro y rendimiento escolar. Otros aspectos que hay que considerar son condiciones particulares, como el estatus migratorio, guerra, narcotráfico y crimen organizado, condiciones de empleo, violencia como método de solución de conflictos, discriminación, victimización, pobreza, desigualdad, acceso a armas de fuego, entre otras.

Vélez *et al.* (2021) también señalan la existencia de tres agrupaciones que facilitan el reclutamiento de niñas, niños y adolescentes para formar parte de la delincuencia organizada: las familias delictivas, las pandillas y los carteles y mafias o sindicatos. Menciona también que los adolescentes se sienten atraídos por algunos aspectos que motivan su permanencia en estos grupos delincuenciales, tales como la necesidad de pertenecer a un grupo que les brinde protección (similar al que provee una familia sana y una escuela segura), la disposición constante al peligro, la adrenalina y el poder, además de las drogas, las armas, los autos y otros lujos.

En este mismo sentido, la propuesta de Arbach-Lucioni y Andrés-Pueyo (2016) resulta interesante por considerar factores comunitarios locales, tales como la exposición a la violencia, conductas antisociales, consumo de sustancias, nivel socioeconómico, asociación con pares antisociales, pobre apoyo social, criminalidad elevada en el barrio, desorganización del entorno social e impunidad.

Ramos y Garrote (2009) aseguran que existe una relación entre la delincuencia y el consumo de drogas, ya que los factores de riesgo asociados con ellas guardan un paralelismo muy notorio; sin embargo, reconocen que no se ha podido establecer con certeza rigurosa una relación causal entre ambas conductas y se sospecha que existe una relación dinámica entre estas. Las variables que están presentes en ambas conductas corresponden al ámbito familiar, personal y social (grupo de pares). Para Gaeta y Galvanovskis (2011) el incremento de las conductas antisociales y delictivas en México constituye una amenaza para el desarrollo personal, social y económico del país. Estos autores señalan que los hombres son más propensos a delinquir que las mujeres, así como a tener un comportamiento antisocial más agresivo.

### **La adherencia escolar como factor protector frente a las conductas antisociales**

La escuela representa un factor protector frente a problemáticas sociales como el vandalismo, la drogadicción, la violencia y las conductas antisociales, ya que brinda una estructura regulada por un marco normativo que promueve la adaptación y el desarrollo para los individuos. Para Fernández (2010) la escuela facilita las primeras interacciones con los iguales y figuras de autoridad distintas a las familiares, además de la consecución de los primeros logros socialmente reconocidos. Este autor reconoce que, en términos generales, los factores escolares se han mostrado consistentemente más protectores que los factores familiares. Crosno *et al.* (2002) encontraron que el apego hacia los profesores, los logros académicos, la orientación hacia la escuela, la supervisión de los padres, el vínculo con los padres y la organización familiar son factores de protección frente al desarrollo de conductas violentas. Estos autores encontraron que aquellos adolescentes con un mayor vínculo hacia la escuela tenían menos posibilidades de verse inmiscuidos en situaciones problemáticas.

Rutter *et al.* (1997, citados en Fernández, 2010) sostienen que una enseñanza interesante, la administración de tareas para el buen uso del tiempo en casa, una atmósfera ordenada y un estilo de liderazgo que proporcio-

ne dirección en el entorno escolar son <sup>4</sup> factores que incrementan el apego y el vínculo del joven con la escuela, para reducir así la posibilidad de aparición de conductas antisociales. Por <sup>4</sup> parte, Loeber y Farrington (1999) mencionan que existe evidencia que <sup>4</sup> apoya la hipótesis de que un bajo nivel de vinculación con el colegio predice comportamientos violentos.

Senna *et al.* (1974) y Tygart (1988; ambos citados en González *et al.*, 1999) resaltan el hecho de que que la conducta antisocial y delictiva está correlacionada positivamente con una inadecuada conducta en la escuela, por lo que dichas conductas <sup>78</sup> antisociales derivan en un bajo rendimiento académico. De acuerdo con <sup>78</sup> la Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana, dependiente de la Secretaría de Seguridad Pública (SSP, 2011), la escuela es promotora de factores protectores, por lo que la adherencia de los jóvenes a este contexto educativo disminuye la probabilidad de que se involucren en conductas que pueden afectar su salud, seguridad, su libertad e incluso la propia vida.

## Conclusiones

En el contexto escolar y educativo se ha encontrado relación entre la manifestación de conductas antisociales y una baja adherencia al ámbito académico, exposición a la delincuencia en la escuela, bajo rendimiento académico, bajo nivel de escolaridad de los padres, deserción o fracaso escolar, problemas de socialización con los compañeros y baja motivación al logro (Hernández y López, 2020). Mientras tanto, en el contexto comunitario se encontró que los principales factores de riesgo asociados con las conductas delictivas son la exposición a la delincuencia en la comunidad, disturbios en el barrio y la compraventa de drogas en la localidad (Farrington, 1992).

Desde el punto de vista socioeconómico, la precariedad en los servicios, la pobreza, la desigualdad y la falta de acceso al transporte, a la seguridad pública y a los espacios públicos que promuevan la convivencia sana constituyen factores de riesgo significativos para la población adolescente (Vélez *et al.*, 2021). A nivel sociocultural se ha encontrado que la débil estructura de valores dentro de la familia, la falta de cohesión entre los miembros de la comunidad y el pobre sentido de pertenencia constituyen factores de riesgo

frente a las conductas delictivas, en particular en las comunidades que están más expuestas al flujo migratorio y a las caravanas migrantes.

Existen factores que corresponden a esferas aún más amplias, como el entorno sociopolítico, ya que se ha observado que la percepción de inseguridad por parte de los habitantes de una sociedad y un bajo nivel de confianza en las instituciones de seguridad pública o la asociación delictuosa por parte de los cuerpos de seguridad pública, o incluso del propio Estado con el crimen organizado, constituyen factores de riesgo que aumentan la preocupación y la urgencia de desarrollar programas de prevención para hacerle frente a esta problemática.

Existen factores de riesgo que constituyen una amenaza para el grupo más vulnerable frente a la delincuencia: las niñas, niños y adolescentes que viven en comunidades vulnerables con presencia de factores de riesgo, como las ciudades ubicadas en la frontera norte de México, ya que están expuestas de forma directa y permanente a episodios de violencia y conducta criminal, como la compraventa de sustancias ilícitas, riñas entre bandos de la delincuencia organizada, asesinatos y desapariciones forzadas.

Las estadísticas ofrecen un panorama crítico en torno al tema de seguridad y bienestar de las familias que habitan en contextos fronterizos y advierten una tendencia a incluir a niños, niñas y adolescentes cada vez de menor edad en actividades ilícitas. Por ello es necesario promover y articular actividades preventivas con los programas de desarrollo culturales y deportivos que fomenten la creatividad desde la infancia, la orientación al logro, la descarga de energía por medio de canales adaptativos, así como con aquellos programas de intervención psicosocial y comunitaria que promuevan de manera oportuna una mayor adherencia al entorno escolar y, por ende, la prevención de conductas antisociales.

## Referencias

- Andreu, J., y Peña, M. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Conducta Antisocial y Delictiva en adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(2), 516-522. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.2.135951>
- Arbach-Lucioni, K., y Andrés-Pueyo, A. (2016). Violence risk assessment practices in

## 6. Creencias sobre adherencia terapéutica y demencia: cuidadores de personas con deterioro cognitivo

ELMA DIANA GARCÍA PEÑA\*

ERIKA PAOLA REYES PIÑUELAS\*\*

ANEL HORTENSIA GÓMEZ SAN LUIS\*\*\*

CARLOS DAVID SOLORIO PÉREZ\*\*\*\*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.154.06>

### Resumen

La demencia es una enfermedad crónica y degenerativa del sistema nervioso con efectos en la vida diaria. Requiere de cuidados permanentes y especiales cuando se presenta en estados avanzados. Por lo anterior, el presente capítulo tiene como propósito analizar las creencias sobre demencia, el tratamiento no farmacológico y la adherencia no farmacológica en cuidadores de adultos mayores que presentan algún tipo de demencia en etapa moderada. A partir del *modelo de creencias de la salud* se exploraron a veintitrés familiares de adultos mayores con demencia que asisten a un centro psicológico especializado. Se identifican elementos que han facilitado la adherencia, tales como el amplio conocimiento de la enfermedad y del tratamiento no farmacológico.

\* Maestra en Psicología. Profesora de asignatura en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9620-1652>

\*\* Doctora en Ciencias Educativas. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7156-1548>

\*\*\* Doctora en Psicología. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9846-5046>

\*\*\*\* Doctor en Ciencias Sociales. Profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7100-5509>



**Palabras clave:** *Demencia, adultos mayores, calidad de vida*

## Introducción

Actualmente se presenta una transición demográfica significativa que se enfoca en el aumento de la población mayor de 60 años, y se considera que a nivel mundial seguirá incrementando, por lo que se estima que entre 2015 y 2030 la población de 60 años y más pasará de 900 000 000 a más de 1 400 000 000 de personas (Huenchuan, 2018). A nivel nacional se considera que en México hay más de 15 000 000 de adultos mayores de 60 años (INEGI, 2021).

Esta condición demanda cambios que generen atención enfocada a esta población en diferentes ámbitos. Uno de ellos, y de principal interés por su relevancia e impacto social, es el área de la salud. Una situación clínica importante por su trascendencia en cuanto al impacto social, económico y clínico es la condición de las demencias. Éstas son enfermedades crónico-degenerativas que afectan el sistema nervioso central; su principal factor de riesgo es la edad, es decir, a mayor edad, más probabilidades de desarrollarlas (Ng y Colimon, 2017).

Las demencias son enfermedades sumamente desgastantes para quienes las padecen y para su entorno, ya que, por el curso natural de la enfermedad, ésta evoluciona gradualmente hasta generar dependencia. Dicha situación implica cuidados especiales y constantes por parte de una persona conocida como cuidador primario, quien cumple la función de atender, proteger y mantener el bienestar de la persona de quien cuida. Por lo general, esta persona es un familiar de sexo femenino, con parentesco de cónyuge, hija, nuera o, en su caso, una mujer que se contrata para cumplir dichas funciones (Gutiérrez *et al.*, 2017).

Con el paso de los años se ha trabajado en obtener tratamientos para frenar el avance de la enfermedad o curarla. A la fecha existen tratamientos farmacológicos que ayudan a enlentecer el deterioro, a disminuir alteraciones conductuales asociadas con la demencia. Asimismo, de manera simultánea se sugiere el tratamiento no farmacológico (TNF), para atender dichos síntomas conductuales y las deficiencias cognitivas, así como apoyo emo-

cional, lo que favorece la preservación de la autonomía y la funcionalidad del adulto mayor.

En algunos estudios se ha encontrado que es indispensable incluir al cuidador primario en la promoción de la adherencia y que se le apoye con información, capacitación, psicoeducación, soporte y contención respecto al papel que desempeña. Ambos tratamientos, el farmacológico y el TNF, son necesarios para cuidar y mantener la salud del adulto mayor con demencia con respecto a su entorno; sin embargo, aún se presentan vacíos respecto a la atención a esta enfermedad, en la que se deberían incluir programas enfocados en la difusión de información de las demencias para su prevención, detección y tratamiento, lo que ayudaría a disminuir o evitar la creencia sobre normalizar los olvidos asociados con la edad y su impacto en la detección temprana y el tratamiento de demencias (Olazarán *et al.*, 2010).

El objetivo del presente capítulo ha sido analizar las creencias sobre demencia, TNF y adherencia no farmacológica en cuidadores de adultos mayores que padecen demencia. En primera instancia se presenta la propuesta teórica del modelo de creencias de salud y algunos estudios relacionados. Posteriormente se expone el método bajo un enfoque cualitativo, donde los participantes se determinaron a partir de la adherencia al TNF mostrada en un periodo de seis meses o más de asistencia a un centro de apoyo psicológico. La información se extrajo de tres instrumentos que forman parte del expediente del adulto mayor con demencia. En las conclusiones se presentan los hallazgos sobre las creencias de los cuidadores, su impacto y relevancia en la salud mental de sus adultos mayores con demencia y las sugerencias respecto al seguimiento de proyectos de intervención e investigaciones dirigidas a esta población vulnerable.

## **Modelo de creencias de salud**

En la mayoría de los padecimientos crónicos de salud que presentan los individuos se requiere de modificación de comportamientos para prevenir o sanar. Estos cambios se logran paso a paso; de acuerdo con Soto *et al.* (1997), se puede lograr si se inicia con el área cognitiva, principalmente

porque el conocimiento favorece la adopción de cambios de comportamientos más perdurables, sobre todo en el área preventiva.

Las teorías basadas en la promoción de la salud han sido utilizadas con el propósito de fundamentar diseños de intervención con un adecuado componente cognitivo, a fin de lograr con esto las metas deseadas o aumentar las posibilidades, ya que ayudan a identificar y comprender los elementos que influyen de manera positiva o negativa en la salud de las personas.

Al respecto, Moreno y Roales-Nieto (1997) señalan que uno de los modelos de mayor relevancia es el modelo de creencias de salud (MCS), que fue propuesto en la década de 1950 por Hochbaum, Kegeles, Leventhal y Rosenstock, un grupo de psicólogos sociales del área pública norteamericana. El principal interés fue dar explicación a la indiferencia de la sociedad en participar en programas de detección y prevención de enfermedades, en los cuales la atención médica era sólo una parte de la totalidad de los servicios que se deben de ofrecer.

En un inicio el modelo se centró en la prevención. Después de veinte años se busca comprender tanto la respuesta de los pacientes ante determinados padecimientos, como el cumplimiento del tratamiento. El modelo se fundamenta en el enfoque conductual, que explica cómo el comportamiento se asocia directamente por la relación estímulo-respuesta con base en las consecuencias inmediatas; y, desde la teoría cognitiva, se comprende el comportamiento como resultado de la interpretación de las consecuencias de una acción, lo que puede sugerir resultados favorables o desfavorables (Cabrera *et al.*, 2001).

El MCS se puede describir por medio de tres hipótesis: la primera sobre la creencia de que hay un problema y es importante atenderlo, la segunda sobre la creencia de que <sup>49</sup> persona es vulnerable ante esa situación y la tercera sobre la creencia de que la acción que se tome producirá un beneficio a un costo personal aceptable. La ocurrencia simultánea de las tres hipótesis favorece la adopción de conductas duraderas <sup>59</sup> para incidir en la salud, a fin de prevenir enfermedades (Soto *et al.*, 1997). Este modelo se consolidó en tres dimensiones: las percepciones individuales, los factores modificantes y la probabilidad de acción (Cabrera *et al.*, 2001).

De acuerdo con el MCS, el desarrollo de ciertas conductas depende de las creencias construidas en las personas con respecto a lo que consideran

aceptable realizar según los beneficios esperados y las consecuencias en caso de no cumplir con lo establecido médicamente. Como ejemplo se encuentran los estudios sobre la adherencia terapéutica en personas con VIH, donde se ha reportado una relación directa respecto a comportamientos que favorecen la adherencia de acuerdo con la percepción de las ventajas y el deseo de posponer u omitir la gravedad de los síntomas y lo que conlleva socialmente (Almanza y Gómez, 2021; Almanza *et al.*, 2017; Moreno y Roales, 1999).

Otra condición de salud que se ha estudiado es la diabetes mellitus, padecimiento crónico-degenerativo para el cual se han encontrado resultados significativos sobre la influencia de las creencias subjetivas para la adherencia. Su principal motivación suele ser la evitación de mayores complicaciones en la salud, como amputaciones de miembros, el uso necesario de insulina o incluso la idea de la disminución de la calidad de vida y lo que representa el ser *diabético* socialmente (Pérez *et al.*, 2018).

En suma, a partir del estudio del MCS se puede inferir que las personas que son conscientes del propio padecimiento, implicaciones, tratamientos, beneficios y consecuencias son más proclives a ser adherentes a las indicaciones médicas correspondientes, ya sea en la toma de fármacos o el cambio de hábitos y estilo de vida. En el caso de demencias, esta misma condición se dirige hacia la persona que cuida del adulto mayor con demencia, ya que ésta es la que tendrá la responsabilidad de la salud de ese adulto mayor y, con el paso del tiempo, la persona de quien será dependiente por el mismo deterioro cognitivo derivado de la demencia (Molinuevo y Hernández, 2012).

## Método

### *Participantes*

El grupo de participantes se compone de 23 adultos mayores que asistieron al centro psicológico Uniendo Extremos<sup>1</sup> y tuvieron una conducta adheren-

<sup>1</sup> Uniendo Extremos es un centro psicológico del sector privado que inició en el año 2018 atendiendo la salud mental de personas adultas mayores con demencias. Actualmente continúa ofreciendo sus servicios con mayor cobertura de atención. <https://uniendo-extremos.negocio.site>

te durante los últimos 6 meses o más. En su mayoría cuentan con más de 75 años de edad y son mujeres. Más de la mitad tiene ingresos propios por pensión o jubilación (véase la tabla 6.1).

En cuanto al estado civil, 57% es viudo(a), 35% casado(a) y 8% son solteras. En cuanto al motivo por el que acuden al centro, 87% lo hace por prescripción del médico geriatra y 43% por iniciativa familiar.

TABLA 6.1. *Características de los participantes*

<i>Variable</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Edad	75 o menos	1	4
	76 o más	22	96
Sexo	Femenino	23	100
	Masculino	19	83
		4	17
Situación socioeconómica	Pensión o jubilación	23	100
	Pensión y apoyo de hijos	12	52
	Ayuda de hijos	6	26
		5	22
		23	100

FUENTE: Elaboración propia.

## Instrumentos

La información sobre creencias de salud se analizó a partir de tres instrumentos: (a) el formato de historia clínica, el cual inicia con datos personales y sociodemográficos. Se incluyen preguntas sobre la condición clínica en general, por ejemplo diagnósticos, medicamentos, médicos tratantes, antecedentes heredofamiliares y estilos de vida. Asimismo se indaga mediante preguntas semiestructuradas la percepción de salud del adulto mayor, las motivaciones y creencias del cuidador respecto a los servicios que ofrece el centro (Ng y Colimon, 2016; Pozón, 2015). (b) Los registros de asistencia, con los cuales se logra obtener información sobre el cumplimiento de los programas, motivos de inasistencias y situación reciente que vive el cuidador. (c) El reporte mensual, que permitió conocer la situación en general respecto al progreso del participante, la retroalimentación que se ofrece al cuidador sobre su desempeño y la percepción de dicho cuidador respecto a su convivencia en otros



contextos de la vida cotidiana. Estos documentos conforman el expediente clínico del adulto mayor, el cual se resguarda en el centro.

## **Procedimiento**

El estudio se realizó en el centro psicológico Uniendo Extremos, que ofrece atención grupal e individual a adultos mayores. Allí se trabaja con programas de estimulación cognitiva, activación física, terapia de psicomotricidad fina, música, entre otros servicios enfocados en la salud mental, impartidos por diferentes profesionales, como psicólogos, trabajadoras y trabajadores sociales o licenciados en activación física y deportes. Además, se cuenta con la supervisión y colaboración de médicos geriatras de localidad. Se identificó a los adultos mayores adherentes con base en la información obtenida en instrumentos: historia clínica, registros de asistencia y reportes mensuales, que son aplicados a los adultos mayores y a sus cuidadores desde la valoración inicial. La información proviene del periodo que va de mayo de 2020 a mayo de 2021, aun en contingencia sanitaria por la pandemia ante el COVID-19.

Previo al análisis interpretativo de la información, se comunica a los cuidadores y a los adultos mayores el objetivo del estudio y uso de los datos y se solicita la firma del consentimiento informado.

## **Análisis de la información**

Con los datos obtenidos de los tres instrumentos antes mencionados (historia clínica, registro de asistencia y reporte mensual) se realizó un análisis de contenido temático (Arbeláez y Onrubia, 2014), el cual consiste en “una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto” (Krippendorff, 2002, p. 28).

El procedimiento de análisis consistió en determinar el objeto de análisis (creencias sobre adherencia terapéutica y demencia), elaborar códigos agrupables en categorías y proceder a la codificación y categorización de

los datos, para finalmente construir esquemas y figuras que dan cuenta de las relaciones entre las categorías, es decir, las inferencias. En el siguiente apartado se muestran los resultados.

## Resultados

A continuación se describen los hallazgos más relevantes derivado del análisis de las creencias de los cuidadores sobre la demencia, el TNF y la adherencia al mismo.

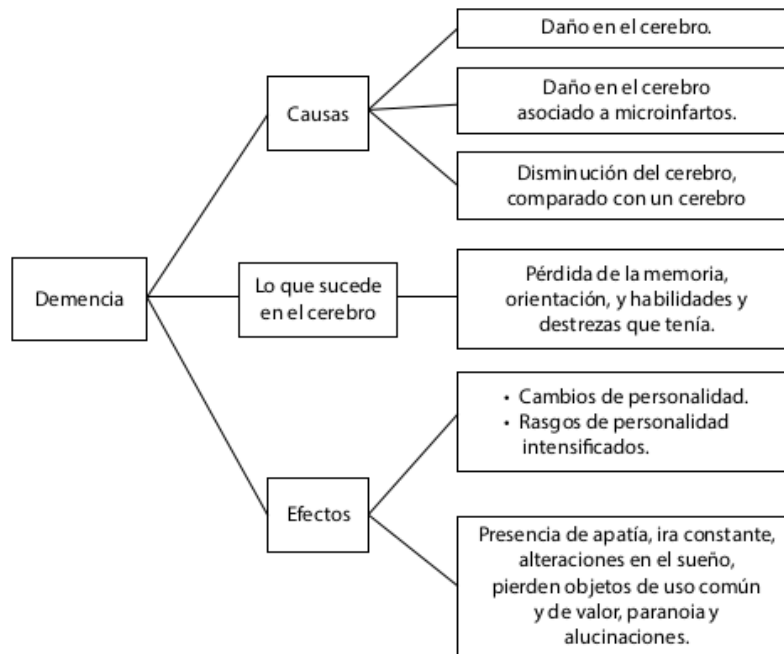
Un aspecto importante en la atención de padecimientos crónicos consiste en identificar las creencias que han construido las personas, las cuales explican sus motivaciones y expectativas de acuerdo con su propia percepción de la condición. En este sentido, se retoma la del cuidador como principal interesado en favorecer la salud de su familiar adulto mayor con demencia y en obtener herramientas para sí mismo, por lo que a continuación se hace la descripción de los hallazgos sobre las creencias de los cuidadores respecto a la demencia, el TNF y la adherencia.

*Creencias de los cuidadores sobre la demencia.* Entre las principales creencias principales acerca del impacto de la demencia se encuentran aquella de que los cuidadores la han identificado como algo derivado por la edad, definido como “demencia senil”. Han hecho referencia al conocimiento sobre la presencia de daño en el cerebro por la edad o por otras lesiones. Reconocen que no tiene cura y que el padecimiento es progresivo, lo cual ocasiona la pérdida gradual de las capacidades mentales, la cual afecta en la personalidad e interfiere en el trato y cuidado. En la figura 1 se ubican las creencias de los cuidadores sobre la demencia.

*Creencias de los cuidadores sobre el TNF.* En cuanto a las creencias respecto al TNF dirigido a las demencias, los cuidadores manifiestan la disponibilidad de intentarlo y recibir ayuda por profesionales, ya que cuentan con la información sobre los beneficios del mismo, principalmente al considerar que no hay medicamento que cure. Las terapias de estimulación la terapia ocupacional y ac-

tividades especiales ayudan a que la demencia no avance de una forma tan acelerada.

FIGURA 6.1. Creencias de los cuidadores sobre la demencia

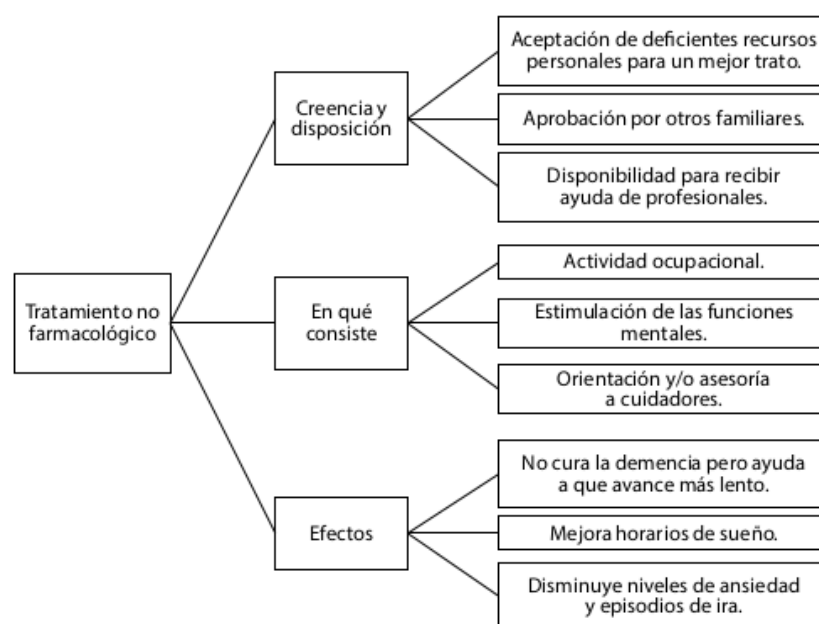


FUENTE: Elaboración propia.

Los propios cuidadores han manifestado por experiencia personal que, cuando su adulto mayor se mantiene ocupado, mejora su estado de ánimo, disminuyen los episodios de ansiedad y las largas siestas diurnas. Sin embargo, los cuidadores manifiestan el desconocimiento para lograr que su familiar acceda a cooperar en actividades y tampoco saben qué tipo de actividades sean las que le ayudarían.

Aunado a esta creencia, los cuidadores manifiestan interés en demostrar que realizan *todo* lo que le sugiere el médico, a fin de cuidar de la mejor manera a su adulto mayor. Para esto demuestran otros familiares el cumplimiento al tratamiento prescrito y el tiempo dedicado a la atención que amerita el adulto mayor, con la finalidad de armonizar la relación con otros familiares, buscar aprobación e incluso fortalecer o mantener vínculos con ellos para que haya apoyo cuando se requiere. En la siguiente figura se muestran las creencias de los cuidadores sobre el TNF.

FIGURA 6.2. Creencias de los cuidadores sobre el TNF



FUENTE: Elaboración propia.

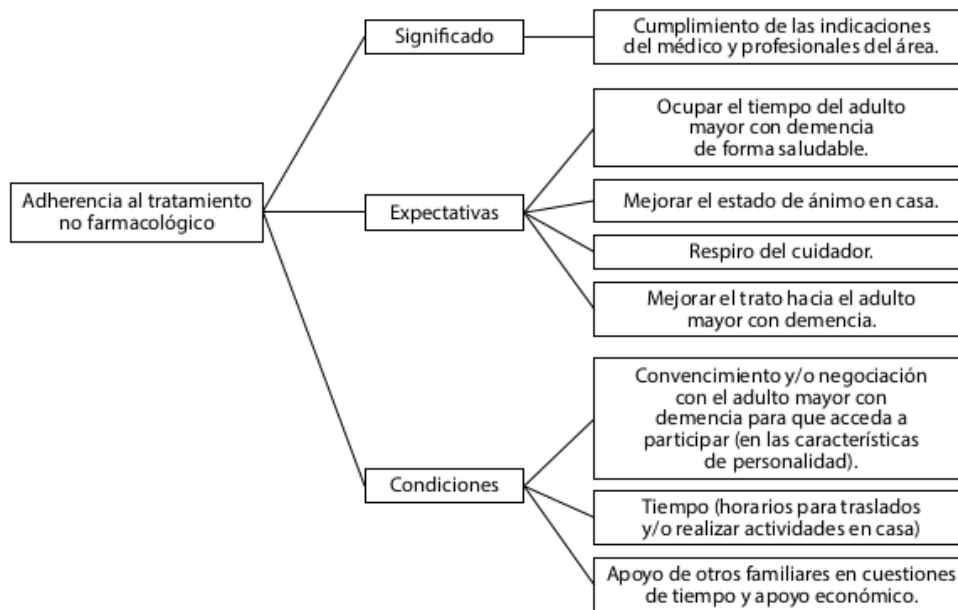
*Creencias de los cuidadores sobre la adherencia al TNF.* Respecto a la adherencia o cumplimiento del TNF, también se analiza la adherencia al tratamiento de carácter farmacológico para conocer si hay estabilidad respecto a las dosis y el tiempo de la administración en caso de que se cuenta con fármacos que regulen alteraciones conductuales que pudieran interferir en la permanencia, tolerancia y aceptación del TNF que se ofrece en Uniendo Extremos (Ng y Colimon, 2017).

Sobre la adherencia en sí, los cuidadores manifiestan la disponibilidad de hacer lo que los médicos y profesionales en el área consideren mejor para su familiar adulto mayor con demencia, puesto que el cumplimiento de los tratamientos será lo que favorecerá en la salud. Sus expectativas del TNF se centran en ocupar el tiempo del adulto mayor de forma saludable, para que haya un impacto en la dinámica de casa y para que las mejoras se vean reflejadas en los horarios de sueño y el estado de ánimo. Sin ser menos importante, se hace referencia al respiro del propio cuidador para ocupar su tiempo en actividades de interés personal mientras su familiar está en terapia. De igual modo hay interés del cuidador para mejorar en

sus atenciones ofrecidas, haciendo énfasis en aumentar la paciencia y comprender la enfermedad para un mejor trato.

Sin embargo, aun teniendo presente los efectos del TNF, los cuidadores manifiestan preocupación por condiciones que pueden interferir en el cumplimiento de éste, como la aceptación por parte del adulto mayor con demencia; se llegaron a mencionar características de personalidad que dificultan la convivencia. Otra condición que consideran importante tiene que ver con el tiempo, ya que los horarios para los traslados al centro o para realizar las actividades en casa llegan a ser un problema en el que interfiere la relación con otros familiares a la hora de pedir apoyo en cuestiones de traslado y en lo concerniente a la cooperación económica para cubrir el servicio. En la siguiente figura se muestran las creencias de los cuidadores sobre la adherencia al TNF.

FIGURA 6.3. Creencias de los cuidadores sobre la adherencia al TNF



FUENTE: Elaboración propia.

Los resultados muestran el aspecto central de que las creencias de los cuidadores acerca de la demencia se relacionan sobre todo con la dimensión neurológica de ésta. Asumen que, al no tener cura, afectará progresivamente la funcionalidad del adulto mayor. En este contexto, el tratamiento no



farmacológico se presenta como una opción para *atender* al adulto mayor con actividades como la terapia ocupacional y la estimulación de las funciones mentales. El discurso de los cuidadores señala un conocimiento general del TNE y, simultáneamente, devela una necesidad de conocer y tener entrenamiento en actividades o estrategias específicas para atender las necesidades particulares de su adulto mayor.

Finalmente, un hallazgo que llama la atención se relaciona con las expectativas sobre la adherencia al TNE, ya que, de acuerdo con las creencias de los cuidadores, ésta no se considera una opción para mejorar o frenar los síntomas de la demencia y, en este sentido, ganar funcionalidad para la vida diaria del adulto mayor, sino que se concibe como la oportunidad de tener un respiro, mejorar la relación con el adulto mayor y hacer más llevadero el día a día ante el desgaste físico y emocional que implica ser cuidador de un adulto mayor con deterioro cognitivo por demencia.

## Conclusiones

Las creencias que han construido los cuidadores de las personas que presentan demencia se han basado en la información dada por el área médica, donde la disposición y apertura para conocer y ofrecer atenciones al familiar adulto mayor han permitido elaborar estrategias que favorezcan la adherencia al TNE, principalmente porque identifican los beneficios en cuanto a su persona y el adulto mayor.

Asimismo, se coincide con Almanza y Gómez (2021) y Almanza *et al.* (2017) en lo que respecta a que las personas que muestran disposición e interés en su persona (y, en este sentido, en su ser querido dependiente) son más receptivas para la comprensión de la enfermedad, sus implicaciones, los causantes y los tratamientos que existen para disminuir los síntomas. En el caso de las demencias, entienden la importancia de mantener las funciones cognitivas y la calidad de vida del adulto mayor.

Sin embargo, se reconoce que, ante las circunstancias propias de los usuarios de los servicios de salud mental en este caso, los participantes que asisten a Uniendo Extremos muestran un perfil estable en cuanto a las características sociodemográficas, culturales y educativas, por lo que es im-

portante y sugerente analizar aquellos factores que influyen en disposición y apertura para comprender determinados padecimientos clínicos y lo que conllevan bajo otros contextos, con el fin de que, con base en un análisis así, se ofrezcan programas inclusivos de acuerdo con las características propias de los usuarios en determinados contextos de salud.

Por lo anterior, se sugiere el desarrollo de líneas de investigación respecto a las creencias que favorecen la comprensión de las demencias, con la intención de desarrollar programas desde diferentes enfoques (como el preventivo o el de detección y tratamientos) y también contribuir a una cultura de apertura sobre esta condición desde una perspectiva de apoyo, colaboración y sensibilidad hacia esta población vulnerable, en donde quedan incluidos el adulto mayor y el cuidador.

## Referencias

- Almanza, A., Gómez, A., Ybarra, J., y Orozco, L. (2017). *Adherirse a la vida. Manual para promover la adherencia de varones con VIH*. México: Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- Almanza, A., y Gómez, A. (2021). Adherencia al tratamiento en personas que viven con VIH: vínculos entre el modelo explicativo, los motivos y las prácticas. *Revista de Ciencias de la Salud*, 19(3), 1-21.
- Arbeláez, M., y Onrubia, J. (2014). Análisis bibliométrico y de contenido. Dos metodologías complementarias para el análisis de la revista colombiana Educación y Cultura. *Revista de Investigaciones*, 14(23), 14-31. <http://dx.doi.org/10.22383/ri.v14i1.5>
- Cabrera, A., Tascon, J., y Lucumi, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 10(1), 91-101.
- Gutiérrez, L. M., García, M. C., Roa, P. A., y Martínez, A. (2017). Marco conceptual. En Gutiérrez, M., Roa, P., García, M., y Martínez, A. (eds.). *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias, como problema nacional de salud*. México: Intersistemas Editores / CONACYT, 19-23.
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2021, septiembre). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores* [comunicado de prensa número 547/21], 1-5. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_ADULMAYOR\\_21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf)

**SEGUNDA PARTE**

**BIENESTAR INDIVIDUAL Y SOCIAL**

## 7. Niños con trastorno del espectro autista. Una propuesta de intervención para profesionales de la educación

<sup>1</sup>  
MARÍA ESTEFANYA SÁNCHEZ MARTÍNEZ\*  
CARLOS DAVID SOLORIO PÉREZ\*\*  
ERIKA PAOLA REYES PIÑUELAS\*\*\*  
LILIA GUADALUPE LÓPEZ ARRIAGA\*\*\*\*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.154.07>

### Resumen

<sup>1</sup>  
El objetivo del presente diseño de propuesta de intervención es contribuir a toda persona que convive o trabaja con infantes con autismo de nivel preescolar y en el manejo de la conducta, el lenguaje y la comunicación, apoyado de las pautas generales de una metodología, para favorecer la educación inclusiva en escuelas regulares en México. La propuesta se basa en la metodología TEACCH debido a que la organización es uno de los problemas que se suele presentar al trabajar con menores con autismo, tanto en organizar materiales, así como actividades en el espacio y el tiempo, y desde la metodología TEACCH se atiende con una enseñanza estructurada, un sistema para ordenar el aula y hacer que la enseñanza se favorezca de algunas características que presenta el TEA, por lo que las expectativas son concretas y claras.

\* Maestranda en Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8933-5064>

\*\* Doctor en Ciencias Sociales, profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7100-5509>

\*\*\* Doctora en Ciencias Educativas, profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7156-1548>

\*\*\*\* Doctora en Liderazgo Educativo, profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6432-0316>

**Palabras clave:** *Intervención educativa, atención a la diversidad, inclusión educativa.*

1

## Introducción

De acuerdo con el manual *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (CIE 11, por sus siglas en español), el TEA es un trastorno generalizado del desarrollo, y sus características principales se dan por la presencia de alteraciones en tres áreas: la interacción social, la comunicación y la flexibilidad conductual, cognitiva y de intereses. Es un trastorno de afectaciones diversas con una variedad de síntomas y múltiples grados de afectación (World Health Organization, 2018). En un porcentaje alto se observan alteraciones en las tres áreas antes mencionadas; sin embargo, en cada persona se manifiesta de manera diferente en cuanto al tipo e intensidad de los síntomas; por esto se le denomina espectro autista (Vázquez, 2015, p. 8).

En cuanto a las características fundamentales de los niños con trastornos del desarrollo, algunos autores destacan la dificultad para aprender, que no se puede explicar por factores intelectuales o sensoriales, al igual que la incapacidad para construir o mantener relaciones interpersonales, tipos inadecuados de conductas o de sentimientos en condiciones regulares o típicas (Magaña *et al.*, 2008). Asimismo, al encontrarse presentes alteraciones en la comunicación, en la interacción social y en la conducta, resulta visible la vinculación lenguaje-conducta como binomio esencial e indispensable para la comunicación humana (Pérez-Pichardo *et al.*, 2018).

El National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) en 2019 señaló que en la actualidad no hay un tratamiento estándar para el TEA; no obstante, existen diversas formas de ayudar a minimizar los síntomas y maximizar las destrezas. Se tiene una gran probabilidad de mejora siempre que se reciban terapias e intervenciones adecuadas, sobre todo de manera temprana, pues gracias a ello se obtendrán mejores resultados, que deriven en una mejor calidad de vida y la posibilidad de una inclusión educativa y social temprana. Además, este instituto señala que con frecuencia las terapias e intervenciones son diferentes para cada persona según el



déficit que presente; sin embargo, la mayoría responde mejor a programas altamente estructurados y especializados, dado que se ha demostrado que estos tratamientos pueden ayudar a las personas con TEA, a desempeñarse en niveles funcionales.

El TEACCH combina métodos conductuales y del desarrollo y busca intervenir en diferentes problemas, como la cognición, comunicación, percepción, habilidades motoras e imitación (Montero, 2019); se caracteriza por ser altamente estructurado y diseñado, considerando la manera en la que procesan la información los niños con TEA; brinda autonomía en el trabajo escolar al utilizar estrategias como la percepción de concluir actividades y rutinas con cierta flexibilidad orientadas al trabajo individual; también favorece un autocontrol conductual, a partir de apoyos visuales (Sant-Cervera *et al.*, 2018).

Las intervenciones basadas en la colaboración con la familia enfatizan la idea de la inclusión familiar dentro del tratamiento, lo cual es fundamental para las necesidades del niño. El objetivo principal de la metodología TEACCH es apoyar a las personas con TEA a vivir y trabajar de forma más eficiente en el hogar, la escuela y la comunidad. Se basa en una enseñanza sumamente organizada al relacionar las prácticas educativas con las diversas formas en las que personas dentro del espectro autista comprenden y aprenden; además, está dispuesta a abordar las diferencias neurológicas que presentan en niños con este trastorno (Aparicio, 2016). Tal es el caso de las dificultades al momento de la comprensión del lenguaje o la comunicación expresiva que pueden ser complejas para las personas con esta condición, ya que el lenguaje suele ir por debajo de lo esperado en comparación con otras habilidades, por lo que sus respuestas pueden estar limitadas (Pérez, 2017).

Por otro lado, la organización es otro de los problemas que se puede presentar en personas dentro del espectro, tanto al organizar materiales como con actividades en el espacio y el tiempo. Desde la metodología TEACCH se atiende con una enseñanza estructurada y un sistema para ordenar el aula y hacer que la enseñanza se favorezca de algunas características que presenta el TEA; además, las expectativas son concretas y claras.

Por lo anterior, el presente trabajo plantea un programa de intervención dirigida a personas que conviven con infantes con TEA o a profesionales de

la educación que trabajan con ellos. El propósito es contribuir con estrategias para manejar la conducta, el lenguaje y la comunicación desde los aspectos centrales de la metodología TEACCH.

## Desarrollo

Existen diferentes tipos de intervenciones para mejorar el aprendizaje y atender los problemas conductuales y cognitivos derivado del TEA: intervenciones conductuales (March-Miguez *et al.*, 2018; Vázquez, 2013; Reynoso *et al.*, 2017; Rojas *et al.*, 2019), intervenciones basadas en el desarrollo (March-Miguez *et al.*, 2018; Álvarez *et al.*, 2016; Autism Speaks, 2008), intervenciones basadas en la comunicación (Pérez, 2017; Reynoso *et al.*, 2017) e intervenciones que combinan los métodos de enseñanza (Rojas *et al.*, 2019; Sánchez, 2016; Álvarez *et al.*, 2016).

La metodología TEACCH ha proliferado ampliamente en los contextos educativos, específicamente donde se trabaja con alumnado de TEA (Hernández, 2016). Conlleva una adaptación de la enseñanza a las múltiples formas de aprender y razonar de estas personas; asimismo incorpora a los padres de manera activa para que sean el principal apoyo (Vicari y Auza, 2019), dado que se parte del conocimiento previo que se tiene sobre las dificultades que presentan los niños con TEA, a fin de comprender emociones y ser de apoyo para adaptarse favorablemente al ambiente educativo (Aguilar, 2016).

Las finalidades de esta metodología son aumentar la autonomía de los niños, mejorar habilidades, prevenir problemas de conducta y hacer funcionales las habilidades comunicativas, mientras que los principios guían su filosofía y son esenciales para entender el enfoque con el que se aborda el diagnóstico y la intervención educativa (Montero, 2019). Para llevar a cabo esta metodología, el profesorado, el terapeuta o los familiares del niño con TEA tendrán presente la manera particular que tiene el menor para comprender e interactuar con el mundo donde se desenvuelve, así como las potencialidades y dificultades asociadas con el diagnóstico (Sanz-Cervera *et al.*, 2018).

Los objetivos de intervención son individuales, obtenidos de la observación y análisis del menor en diferentes ambientes, orientados a desarrollar

habilidades específicas para que logre comprender y comunicarse con otras personas, superar dificultades de adaptación escolar, incrementar la motivación y la habilidad de explorar y aprender, o bien atender las dificultades en las áreas de motricidad fina y gruesa por medio de ejercicios físicos y actividades que promuevan la integración, las cuales le permitan vivir más armoniosamente (Schopler, 1982, citado en Hernández, 2016).

Entre los aspectos característicos y de desarrollo respecto al TEA se encuentran los siguientes: no es un trastorno degenerativo, por lo cual el aprendizaje y la compensación continúan durante toda la vida; los síntomas a menudo son marcados durante la infancia temprana y en los primeros años escolares, con mejoría del desarrollo típico en la infancia más tardía, al menos en algunas áreas (APA, 2014). Un niño con TEA puede tener mayores retos; la mejor manera de elaborar un plan de trabajo es tomar en cuenta la evaluación de habilidades y establecer una meta de desarrollo próxima alcanzable, para así pensar en los medios que se requieren para lograrla. El tratamiento habrá de tener una estrategia que estimule, controle o aumente, según sea el caso, una característica sintomática de la conducta o de la comunicación (Reynoso *et al.*, 2017).

En los niños pequeños con TEA el déficit de habilidades sociales y de comunicación puede ser identificado en un ambiente escolar como una dificultad para favorecer el aprendizaje, particularmente las situaciones con la interacción y eventos con compañeros (Eysenck, 2019). Las habilidades adaptativas están típicamente por debajo del coeficiente intelectual medido; esto afecta las habilidades para planificar, organizar y enfrentarse a los cambios, lo cual impacta negativamente en los logros académicos e incluso puede afectar a los estudiantes con inteligencia por encima de la media (APA, 2014).

En relación con la dinámica en casa, la insistencia en las rutinas y la aversión a los cambios, así como las sensibilidades sensoriales, pueden interferir con el comer y el dormir, hecho que provoca que la convivencia diaria sea difícil. Debido a esto, con frecuencia los niños con TEA suponen una carga emocional y económica para las personas y para sus familiares. De ahí que, en relación con los cuidadores, se reconoce cada vez más su empoderamiento como un componente crítico de la atención a los niños con TEA (OMS, 2019).



## Propuesta de intervención

La propuesta de intervención orientada a personas que conviven con un menor con TEA o a los profesionales de educación se encuentra conformada por un objetivo y una estructurada en etapas: la primera expone la estructura del TEACCH, en la segunda se desarrolla la forma práctica de realizar intervención con TEACCH y la tercera aborda pautas generales de dicha metodología.

*Primera etapa: Enseñanza estructurada.* A continuación se explica el contenido que en esta etapa se abordará con los participantes profesionales de la educación o personas que conviven. Existen cuatro componentes de la enseñanza estructurada que están presente en cualquier metodología educativa: *estructuración física, información visual, horarios y sistemas de trabajo* (Sanz-Cervera *et al.*, 2018).

Tener en consideración el método y poseer un programa que estimule, controle o aumente características de la conducta o de la comunicación en los niños con TEA puede resultar en mayores efectos beneficiosos dentro de los retos que usualmente se ven marcados en la primera infancia o en los primeros años escolares. También puede impactar en el contexto educativo, o en lo que respecta a la situación familiar en la cual las rutinas rígidas que se establecen generan una situación que puede ser extenuante. Es por ello que los niños con TEA implican una responsabilidad a la vez que un desgaste emocional y económico para las personas y sus familias.

El diseño de la propuesta de intervención ofrece una referencia para las personas que conviven con niños diagnosticados con TEA, de manera que aumenten sus conocimientos y perspectiva, su bienestar personal y desarrollo humano, para contribuir en la mejora de nuestra comunidad.

La enseñanza estructurada evolucionó como una forma de relacionar las prácticas educativas con las distintas maneras en que las personas con TEA piensan, comprenden y aprenden (Zalaquett *et al.*, 2015). La enseñanza de este tipo está planeada para responder a las principales diferencias neurológicas que se dan en el TEA y para organizar el aula y hacer que los estilos de enseñanza estén orientados al TEA (Barrera, 2019).

Involucra una educación estructurada y centrada en las capacidades visoespaciales de los niños, pues éstas se encuentran preservadas. Esto resulta imprescindible, ya que la estructura del espacio físico y los materiales por usarse deben aplicarse dentro del aula (Aguilar, 2016).

*Estructuración física.* La disposición física del aula se llevará a cabo en función de los estilos de aprendizaje y, simultáneamente, de las necesidades individuales de los alumnos. La ubicación del mobiliario en el aula puede afectar la capacidad de cada alumno de adaptarse al entorno, el modo de comprender lo que se espera de él y su actuación con autonomía (González, 2019). Una estructuración del aula clara puede reducir las distracciones, la ansiedad y fomentar el trabajo coherente y efectivo.

Los alumnos con TEA necesitan las aulas divididas en zonas. El desarrollo de las actividades de aprendizaje tiene límites marcados y materiales que están a su alcance para que ellos mismos los guarden cuando hayan concluido. Las zonas de trabajo deben estar preparadas para que no existan distractores y se proporcionen oportunidades de trabajo individual o en grupo, en función de la actividad propuesta (Hernández, 2016).

*Información visual.* La enseñanza estructurada es importante a la hora de crear las tareas académicas, las cuales deben estar organizadas y contener estructuras visuales, para presentar de manera clara la actividad. De este modo se logra bajar la ansiedad en los alumnos con TEA (Vélez, 2017).

Se describen tres componentes de la estructura visual para obtener resultados positivos (Álvarez *et al.*, 2016; Montero, 2019): (a) claridad visual, (b) organización visual y (c) instrucciones visuales.

Las dos opciones de trabajo que se pueden tener en consideración en un ambiente escolarizado, dependiendo de la actividad a realizar y las necesidades del alumno, son éstas: (a) trabajo con el profesor, *uno a uno*. El adulto se coloca cara a cara, frente al estudiante (Mendoza, 2018). La posición del maestro dentro del aula tiene como objetivo lograr la evaluación de los intereses y los puntos más fuertes del alumno; además, desarrolla habilidades y proporciona un tiempo para la consolidación de una relación positiva y una rutina de aprendizaje. (b) Trabajo independiente. Se trata de que todo el trabajo correspondiente el alumno lo lleve a cabo sin la ayuda del profesional a cargo (Hernández, 2016). Para fomentar que los alumnos



lleguen a ser independientes, se debe enseñar primero la actividad de forma individual.

Las agendas son otro aspecto importante dentro de la metodología TEACCH, pues corresponden con las secuencias de acciones diarias (Velasco, 2016), como desayuno, trabajo, descanso, música, lavarse los dientes o las manos, entre otras. Antes de iniciar las diversas actividades rutinarias, las agendas se colocan en una zona que siempre permita su fácil visualización y alcance. Con base en la indicación anterior, el terapeuta debe pedir al niño que localice la ubicación de dichas agendas en la habitación. Las actividades por realizar deben colocarse linealmente, de izquierda a derecha. Se toma en cuenta que el horario se modifica durante la semana, pero las actividades son las mismas (Aguilar, 2016).

Con base en el estudio de García, Garrote y Jiménez (2016, pp. 141-142), se señalan algunas agendas para estructurar el tiempo, las cuales se mencionan y explican a los participantes en el siguiente orden: (a) agenda informativa de día, (b) agenda informativa, (c) agenda medalla, (d) paneles de peticiones, (e) paneles planificadores de la acción y (f) panel semanal y mensual.

**Horarios.** Proporcionan predictibilidad y claridad. Se organizan de forma que tengan sentido para las habilidades individuales de cada alumno con TEA. Una rutina cómoda ayuda a que sea más fácil y disminuya la ansiedad. Para los niños con TEA que no reconozcan la palabra escrita se pueden utilizar imágenes o dibujos denominados pictogramas visuales (Montero, 2019).

Además de atender las necesidades individuales de los alumnos, estos horarios les ofrecen la oportunidad de independencia por el centro educativo sin necesidad de que un adulto los dirija. En el caso de los niños con TEA, la comprobación de sus horarios con regularidad puede facilitar aquellas transiciones, que suelen resultar difíciles. Los horarios proporcionan una rutina cómoda, predecible y coherente para los alumnos cuando pasan de una actividad a la siguiente (Fortuny y Sanahuja, 2020); por consiguiente, pueden servir de puente para un futuro aprendizaje de la lectura, ya que se trabaja el horario de izquierda a derecha con el fin de obtener entrenamiento ocular.

Los horarios deben seguir una misma secuencia todos los días, y, si se presenta una futura modificación, hay que anticiparse a ella, pues esto ayuda a mejorar la flexibilidad del menor. Se puede aumentar la participación

a una amplia gama de actividades y mejorar el acceso al currículo, ya que el alumno no necesitará recibir órdenes constantemente y podrá lograr dirigirse a cada aula o actividad con total autonomía. Su ubicación es un aspecto importante que debe tenerse en cuenta, aunque también pueden ser portátiles o estar situados siempre en el mismo sitio.

Vélez (2017) enlista los tipos de horarios, explicados de manera clara y concisa, con el objetivo de enseñar de forma teórica la manera de su aplicación:

*Objetos de transición.* Se proporcionan pistas visuales de la actividad que se va a realizar, utilizando objetos de carácter práctico. Esto está indicado para los niños que necesitan dar significado a la actividad, con horarios con objetos, horarios fotográficos y con dibujos, horario con símbolos o bien horarios escritos.

*Sistemas de trabajo.* Pueden estructurarse mediante el uso de imágenes para facilitar su comprensión, pero esto dependerá siempre de la edad y capacidad del niño con TEA. El maestro debe enseñar al alumno su utilización hasta lograr que sea independiente. De esta manera, el alumno tiene un control de las tareas realizadas y de las que faltan por ejecutar, hasta la finalización de todo el trabajo propuesto por el docente. Los sistemas de trabajo hacen que el concepto “terminado” sea algo concreto y lleno de significado. Tómese en cuenta que comprender esto hace que el pasar de una actividad a otra sea algo habitual, aspecto difícil de identificar por los alumnos con TEA (Hernández, 2016).

De igual manera, Vélez (2017) señala los siguientes tipos de sistemas de trabajo, los cuales están dirigidos a la mejora de la conducción del menor dentro del aula al:

- Sistema de trabajo con orientación izquierda a derecha por coincidencia de colores o números.
- Sistema de trabajo con orientación izquierda a derecha acompañados de bandejas de comienzo y finalización.
- Listado portátil con números y letras.
- Sistema de trabajo escrito, combinado con horario.

1 Dentro de estos ambientes la programación del horario de trabajo se efectúa al utilizar una pizarra con velcro, en donde se pegarán imágenes (fotografías o dibujos) que explican las diversas actividades que se realizarán durante el día, las cuales se retiran de la pizarra una vez concluidas. Cabe indicar que la secuencia de las actividades debe ser lineal (Aguilar, 2016).

En suma, lo que se busca es la independencia del niño en el trabajo con actividades académicas, quien emplea las estrategias de arriba a abajo y de izquierda a derecha, el concepto de terminado, las rutinas con flexibilidad incorporada, la individualización y un autocontrol conductual. Para obtener lograr este listado, se adecua previamente al niño a un nuevo contexto, utiliza imágenes (pinturas o fotografías) que señalan los lugares donde realiza sus actividades y también podrá descansar después de concluir (Pérez, 2017).

Los principales componentes del enfoque de intervención TEACCH incluye el orden físico del ambiente, introduce barreras visuales y minimiza distractores. Los alumnos con TEA necesitan aulas divididas en zonas donde los materiales sean accesibles y claramente identificados. Por su parte, los niños con menor edad necesitarán áreas para jugar, merendar y trabajar independientemente; adicionalmente se requerirá un baño para enseñarles a usar el lavabo (Montero, 2019), así como horarios visuales o agendas de anticipación que permitan a los estudiantes conocer y predecir la secuencia de acontecimientos durante la jornada escolar. Por último, habrá que implementar sistemas de trabajo que posibiliten el trabajo autónomo por medio de secuencias de actividades estructuradas a nivel visual, que muestran a los estudiantes los pasos que deben llevar a cabo (Sanz-Cervera *et al.*, 2018).

*Segunda etapa: Lenguaje y la comunicación.* El contenido que se desarrollará es el siguiente. Los componentes de TEACCH se integran para organizar a los alumnos con TEA en el aula mediante la implementación de un sistema de trabajo que los ayuda a organizar cada actividad específica en la que están involucrados. Comunican cuatro tipos de información a los alumnos: el trabajo que se tiene que hacer, las tareas que hacen falta en ese momento, el avance que llevan y el momento en que acaba. Se debe tomar en cuenta que los sistemas de trabajo son diferentes en función del alumno que los utilice (Montero, 2019).



**1** *Trabajo práctico.* A continuación, como primera indicación, en modo de práctica, para explicar la dinámica, se toma la agenda informativa y se coloca sobre la mesa de trabajo de lado izquierdo, de forma vertical. Del lado derecho de la mesa se coloca una bolsa de plástico transparente. Luego se toman pictogramas visuales de trabajo educativo. En caso de no encontrar algún objeto en los pictogramas, existe la libertad de dibujarlo en los cuadros blancos que se encuentran dentro de la bolsa.

En seguida se explica la manera de utilizar la agenda. La indicación consiste en seguir la secuencia que se encuentra en los pictogramas dentro de la agenda, comenzando de izquierda a derecha. Una vez que se comienza a realizar la actividad, durante el momento en que se realice alguna tarea lo único que se hace es quitar de la agenda la imagen que haga alusión a dicha actividad, conducta u objeto que se indicó con anterioridad. El pictograma se guarda en la bolsa de plástico que se encuentra al lado derecho. Se vuelve a fijar en la agenda cuál es el siguiente pictograma con la indicación a realizar.

Se solicita la elaboración de las siguientes agendas (aunque ya no llevaremos a cabo de forma dinámica las siguientes agendas, es importante saber cómo se elaboran; por ello solicito que se realicen): (a) agenda de un día escolar (actividades escolares), (b) agenda de la rutina de lavado de dientes y (c) agenda para lavado de manos. Al finalizar, se evalúan todas las agendas.

**1** *Tercera etapa: Pautas generales en la intervención del TEACCH.* Para concluir se explican las pautas generales de intervención utilizadas en el TEACCH para dirigirse a los niños con TEA y cómo éstas dan una respuesta educativa ajustada a las barreras de aprendizaje y participación (BAP) de las personas con TEA, respuesta que incide de forma satisfactoria en sus procesos de aprendizaje y que tiene en cuenta procurar ambientes estructurados, predecibles y fijos, para evitar así los contextos poco definidos y caóticos, con el fin de facilitar las posibilidades de anticipación por parte de los maestros y del alumnado con TEA. Aunado a lo anterior, conviene usar el aprendizaje sin error, lo cual significa no atender a los errores y, más bien, adaptar los objetivos al nivel del alumno, asegurar la adquisición previa de los objetivos de conducta que se busca enseñar, descomponer al máximo los objetivos educativos, neutralizar los estímulos irrelevantes, evitar factores

de distracción, usar códigos sencillos y mantener motivado al niño (Hernández, 2016).

Aguilar (2016) recomienda que la persona que interactúa con los infantes con TEA considere las siguientes pautas al momento de trabajar:

- 1 Evitar los comportamientos de sobreprotección, ya que restan autonomía al menor.
- 1 Indicar con anticipación los cambios en su rutina y recordar constantemente la actividad que se realiza, para mantenerlos atento.
- 1 Elogiar de manera verbal cuando los menores realicen una actividad.
- 1 Expresar una sola idea a la vez al instante de comunicarse verbalmente hacia el menor, de manera clara y precisa.
- 1 Cuando el niño se aparta de la actividad, el profesional espera un momento y lo dirige a la actividad, animándolo a concluirla.
- 1 Se recomienda erradicar o reducir ruidos innecesarios.
- 1 Desarrollar actividades de dramatización, las cuales les permitirán a los menores reconocer expresiones faciales.

Con base en lo anterior, se realiza una adaptación curricular adecuada al tener en cuenta el grado y tipo de TEA, junto con la evolución del alumno, su entorno familiar, social y su contexto educativo (Hernández, 2016). Habría que decir también que, animando constantemente al niño por logros cumplidos, los compañeros de aula deben participar en actividades de modelado que sirvan como referencia para que el niño emule la actividad, también proporcionar elogios (Aguilar, 2016).

Para finalizar se invita a llevar a cabo dicha estrategia en los ambientes donde se desenvuelven los niños con TEA, esto con el fin de facilitar o apoyar en la atención y el seguimiento de instrucciones. En general, lo más beneficioso para estos niños es que su educación se realice en un aula ordinaria con una escolarización combinada, ya que de esta manera se podrán beneficiar de la interacción con otros niños. No se debe olvidar que este tipo de niños pertenecen al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, por lo que la metodología se aplicará a todo el alumnado que requiera de una atención educativa (Aparicio, 2016).



Considerar el método y tener un programa que estimule, controle o aumente características de la conducta o de la comunicación en los niños con TEA son acciones que pueden desembocar en mejora de los resultados esperados y contribuir con efectos en los retos que, muy probablemente, se presenten en la primera infancia o en los primeros años escolares. Hay que tener en cuenta que éstos pueden verse manifestados e impactar tanto en la escuela como en la situación familiar, donde es posible que se vean afectados los cuidados rutinarios, respecto a los cuales hay que considerar también el desgaste emocional y económico de las personas y familias.

Es así que se debe reconocer la necesidad de una capacitación de los adultos que conviven con los niños con TEA debido a que son apoyo importante en la atención que éstos reciben. El diseño de la propuesta de intervención ofrece una referencia para las personas que conviven con niños diagnosticados con TEA, de manera que aumenten sus conocimientos y perspectiva, su bienestar personal y desarrollo humano, y contribuyan en la mejora de nuestra comunidad.

## Conclusiones

El presente trabajo ha estado dirigido a personas que conviven o trabajan con infantes con TEA. La propuesta de intervención contribuye al mejoramiento de la conducta mediante la intervención del lenguaje y la comunicación y se sustenta en las estrategias de la metodología TEACCH, la cual ha demostrado evidencia de su efectividad y responde a las características de intervención temprana. Considérese que este diseño sirve de puente para favorecer el conocimiento del TEA en los docentes y en todo aquel adulto que convive con niños con autismo, coadyuvando a la integración del estudiante y fomentando herramientas para educadores y estrategias que favorecen la atención que ofrecen los planteles educativos al sugerir las pautas de interacción de la metodología TEACCH en la intervención de la conducta de los infantes con TEA.

En México existen políticas educativas a favor de los infantes diagnosticados con TEA. Estas políticas benefician el trabajo de los profesionales que se encuentran en constante contacto con esta población infantil. Adicio-

nalmente debe mencionarse <sup>1</sup> que se cuenta con una gran cantidad de recursos para la preparación de toda aquella persona que se vea involucrada en la educación de la primera infancia. Por ello, para la elaboración del trabajo, fue de vital importancia abordar esta temática relacionada con la inclusión de niños diagnosticados con TEA, ya que apoya el propósito de capacitar al personal que se encuentra en la intervención temprana de esta población, que hoy está en constante crecimiento y en un sector vulnerable. Resulta importante tener acceso a materiales educativos, como la metodología TEACCH (recurso para el abordaje de las necesidades que se prestan en las escuelas regulares) y el inicio <sup>1</sup> del diagnóstico temprano.

Finalmente, de acuerdo con con Enyier (2014), “la igualdad, la no discriminación, el libre tránsito son derechos garantizados por nuestra Constitución política, así como por diversos tratados internacionales que el Estado mexicano ha firmado y ratificado” (p. 135). Aunque la realidad es que, a pesar de la existencia de esta normativa, hay una gran cantidad de obstáculos que recaen <sup>1</sup> en barreras arquitectónicas, tecnológicas y de comunicación, las cuales limitan la inclusión de aquellas personas que tienen algún tipo de discapacidad e impiden con ello el ejercicio efectivo de sus derechos y, en consecuencia, su inclusión social.

## Referencias

- Aguilar, K. (2016). *Estrategias cognitivas conductuales para trabajar en el aula con un niño con TEA del espectro autista* [trabajo práctico]. Ecuador: Universidad Técnica de Machala, Unidad Académica de Ciencias Sociales. [http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/7981/1/E-548\\_AGUILAR%20JARA%20KEYRA%20LIZBETH.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/7981/1/E-548_AGUILAR%20JARA%20KEYRA%20LIZBETH.pdf)
- Álvarez, R., et al. (2016). *Manual didáctico para la intervención en la atención temprana del trastorno del espectro autista*. Andalucía: Federación Autismo Andalucía / Junta de Andalucía. <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=5697&tipo=documento>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5ª ed. Virginia: Médica Panamericana.
- Aparicio, B. D. (2016). *Trastorno del espectro autista: programas de intervención comunicativa* [trabajo de grado de Maestría en educación infantil]. Santander: Universidad de Cantabria. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8616/Aparicio%09ToroBertadel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- <sup>1</sup> Autism Speaks (2008). *Manual para los primeros 100 días. Un manual para ayudar a las*

## 8. Adaptación cultural de una intervención para adolescentes: una propuesta desde la perspectiva de los terapeutas

LUZ MARÍA MENDOZA ÁVILA\*

EUNICE VARGAS CONTRERAS\*\*

ANA LUCÍA JIMÉNEZ PÉREZ\*\*\*

KALINA ISELA MARTÍNEZ MARTÍNEZ\*\*\*\*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.154.08>

### Resumen

El consumo de alcohol y sustancias adictivas es un problema de salud pública que se presenta cada día a edades más tempranas. El consumo de sustancias adictivas durante la adolescencia representa un riesgo en el desarrollo de los jóvenes. Es necesario poder prevenir o retrasar el consumo y resulta importante que los programas preventivos sean adaptados a las necesidades de los usuarios. El objetivo de este escrito es diseñar una propuesta para la adaptación cultural del Programa de Intervención Breve para Adolescentes (PIBA) de Ensenada, Baja California. El método es cualitativo exploratorio. Como participantes hubo cinco terapeutas, los cuales fueron entrevistados tomando en cuenta que laboran en algún Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) de Ensenada.

14

\* Maestra en Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3772-1548>

\*\* Doctora en Psicología. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5238-9527>

\*\*\* Doctora en Psicología. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8539-4074>

\*\*\*\* Doctora en Psicología. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Aguascalientes, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3250-1809>

Se busca explorar la percepción sobre las características <sup>86</sup> relacionadas con el consumo de alcohol y otras sustancias. Los resultados muestran que (a) los terapeutas adaptan instrumentos del PIBA para atender las necesidades, (b) hay baja percepción de riesgo ante el consumo, (c) las sustancias de mayor consumo son marihuana y metanfetaminas y (d) la edad de inicio oscila entre los 13 y los 16 años. En la discusión se toma en cuenta que la metanfetamina es la droga de mayor impacto a nivel estatal; en algunos casos las sustancias de inicio son el alcohol y el tabaco; en algunos adolescentes hijos de migrantes indígenas, el consumo de alcohol es tradición familiar; la violencia es un factor que favorece el riesgo de consumir sustancias ilegales; los adolescentes perciben la violencia en diferentes manifestaciones (abandono, abuso físico); hay grupos delictivos en las comunidades, los cuales amenazan a los adolescentes para vender drogas o para consumo.

**Palabras clave:** *consumo de sustancias, adolescentes, adaptación cultural.*

## Introducción

Los adolescentes consumidores de sustancias estimulantes son una población vulnerable debido a la unión de factores <sup>16</sup> sociales, psicológicos y de desarrollo (Fedstein, Bjork y Luciana, 2018). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Alcohol, Drogas y Tabaco (ENCODAT) (Villatoro et al., 2016), son los adolescentes quienes representan 48% de la demanda de servicios de atención por consumo de sustancias a nivel nacional.

Específicamente el consumo de metanfetaminas en los adolescentes representa un problema de salud pública que demanda la actualización de tratamientos y estrategias para su prevención (Jones, Underwood y Compton, 2020), debido a que la metanfetamina tiene un alto potencial adictivo y mayor capacidad de deterioro en comparación con el alcohol o la marihuana.

Barr et al. (2006) han señalado que el consumo de metanfetaminas impacta de manera diferente a los adolescentes en condiciones de rezago, pobreza y fracaso escolar. Además, Baja California tiene la mayor incidencia



(3.1%) a nivel nacional en consumo de estimulantes tipo anfetamínico dentro de la población entre 12 y 65 años; y, aun al considerar sólo a la población de 12 a 17 años, los datos reflejan que la edad de inicio se encuentra por debajo de la media nacional (Villatoro *et al.*, 2016).

Por su parte, San Luis *et al.* (2021) mencionan que Baja California se distingue por alto consumo de drogas y una violencia que caracteriza a sus ciudades. Afirman que los estudiantes de secundaria tienen acercamiento cotidiano a las drogas ilegales en sus comunidades, así como en algunos de los centros educativos, en donde se normaliza el proceso de venta, el consumo de sustancias y la violencia relacionada con las drogas. En este sentido, se menciona también que los adolescentes **han desarrollado tácticas evasivas ante la oferta de drogas y esto se debe a que, desde su punto de vista, las labores de prevención de las instituciones no son suficientes.** Se ha identificado, por ejemplo, que uno de los factores para el consumo de cristal en la región es la accesibilidad y el bajo costo y que algunas de las consecuencias del consumo son el incremento de la violencia, el robo y el asalto. Además, los adolescentes indican que tienen miedo de salir cuando hay personas consumiendo, pues han sido acosados o agredidos.

Asimismo, la facilidad para acceder a las drogas por parte los adolescentes de Baja California se refleja en el tiempo y la distancia que tardan en conseguirla; según su propia versión, tardan entre un minuto y media hora en conseguir una droga ilegal, dependiendo de en dónde se encuentre o de lo que tarden en llegar a la esquina, pero el tiempo nunca es mayor (San Luis *et al.*, 2021). Dado este panorama, se vuelve fundamental realizar diversos esfuerzos por ampliar el acceso temprano a servicios de salud entre la población adolescente; por ello se han generado programas de prevención indicada, encaminados a atender el consumo de diversas sustancias.

### **¿Qué se ha hecho en México en materia de tratamientos para los adolescentes que consumen sustancias adictivas?**

En México el PIBA (Martínez, 2003; Martínez *et al.*, 2004, 2007, 2012, 2016 y 2021) es un tratamiento de atención indicada que forma parte de la política de salud pública, ya que se instaura como tratamiento oficial en los



CAPA, pertenecientes a las Unidades de Especialidades Médicas (UNEME) del Gobierno federal desde su creación en 2007. El PIBA tiene como fundamentos la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986), la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999) y la prevención de recaídas (Marlatt y George, 1984).

Este programa ha demostrado empíricamente su costo-efectividad y mantenimiento en el tiempo en los cambios producidos en los usuarios mediante implementación de ensayos clínicos aleatorizados en adolescentes con problemas de consumo de drogas legales e ilegales en diferentes estudios, en poblaciones tanto urbanas como rurales, teniendo en cuenta diferentes variables relacionadas con el consumo. Cabe mencionar que los usuarios con los que se ha validado el PIBA han sido principalmente consumidores excesivos de alcohol, marihuana, cocaína e inhalables; no obstante, dado el reciente impacto de la anfetamina, aún falta trabajar con usuarios de estas sustancias, cuyo uso se ha ido incrementando.

Dado lo anterior, el PIBA no incluye información sobre el consumo de metanfetaminas, aun cuando en el estado y en el municipio es la sustancia de mayor consumo. La falta de diferenciación sobre esta sustancia en el programa ocasiona que el joven consumidor de metanfetaminas reciba la misma información que otro que consume marihuana o cocaína, lo cual deja de lado la posibilidad de que los adolescentes obtengan información relacionada con la magnitud de un problema que se vive en la región y que está creciendo a pasos agigantados.

El incremento del consumo de metanfetamina y la generalización de la violencia relacionada con las drogas se han convertido en una preocupación inaplazable en la región. El consumo de drogas ilícitas y la violencia en muchas comunidades de Ensenada, junto con la falta de programas de prevención eficaces para abordar el uso de esta sustancia, colocan a los adolescentes de Ensenada en una condición vulnerable. Para el caso de la región es importante que en las estrategias de prevención se consideren las condiciones de un contexto fronterizo y que en los programas de intervención se abunde en la información específica de cada sustancia de consumo para los usuarios al tratamiento. Ante esta situación se genera una primera propuesta de adaptación para la *sesión de inducción*, considerando las consecuencias a corto y largo plazo del consumo de metanfetaminas en adolescentes usuarios de

Ensenada, Baja California. Esta propuesta está dirigida específicamente para que se implemente por los terapeutas de las UNEME-CAPA en el estado.

### **Un estudio cualitativo exploratorio para la adaptación cultural del PIBA**

La metanfetamina (cristal, hielo o *ice*, como se le conoce en el lenguaje coloquial) es una sustancia muy adictiva y altamente tóxica que se presenta en forma de cristales. La metanfetamina entra al cerebro en mayores cantidades, y en el sistema nervioso central llega con mayor velocidad (Barr *et al.*, 2006). No se tiene en cuenta el gran potencial adictivo de esta sustancia por su acción estimulante e inductora de sensación de bienestar. Es indudable que representa un serio problema de salud pública para los adolescentes de Ensenada. Aunque exista voluntad para reducir la demanda del consumo, esto es prácticamente improbable si no se toman las medidas que modifiquen estos factores por medio de programas eficaces de prevención. Se ha identificado que uno de los factores para el consumo de cristal en la región es la accesibilidad y la facilidad de adquirir la sustancia.

El mercado se está transformando y esto se debe al bajo costo de esta sustancia y a la facilidad de adquirirla (Silvestre y Franco, 2011). San Luis *et al.* (2021) mencionaron que la venta de drogas en Baja California no se da por personas desconocidas. Los adolescentes refieren que tienen amigos que venden drogas, los vendedores de drogas en sus comunidades son hombres adolescentes y, ocasionalmente, niños de entre 8 y 10 años.

Con la finalidad de que las adaptaciones culturales concuerden con las condiciones del contexto en que se aplican, es necesario partir del conocimiento de las necesidades y características de la población a la cual va dirigido el presente estudio, en el cual, en un primer momento, se realizaron entrevistas con duración de entre 50 y 60 minutos a cinco terapeutas que laboran en los CAPA de Ensenada: tres mujeres y dos hombres, con edades entre 35 y 45 años, con más de 10 años de experiencia en el tratamiento para las adicciones como terapeutas. Su participación fue fundamental, dado que conocen de cerca las características de esta población. Se abordaron las siguientes temáticas: lugares de consumo, sustancia de mayor consumo y

situaciones de riesgo. Para lograr lo anterior, se estableció contacto con los directivos de los CAPA de Ensenada, quienes informaron a los terapeutas acerca del estudio y, junto con algunos de ellos, dieron su autorización para participar. Las entrevistas se realizaron con ayuda de la plataforma Google Meet en el periodo de abril a junio del año 2020. Dentro de esas entrevistas los terapeutas mencionaron que el consumo de alcohol y tabaco es significativo, puesto que en algunos casos se trata de las drogas de inicio, pero en la entidad federativa y en el municipio la droga de impacto es la metanfetamina.

**Terapeuta 1.** “[...] la sustancia de inicio se puede decir es el tabaco, y el alcohol. Posteriormente le continúan la marihuana, y después pues ya empiezan a experimentar con otras sustancias ya más duras. En Ensenada lo que tenemos es más el cristal [...] está dentro de las metanfetaminas, y bueno, es droga de impacto aquí en nuestro municipio. Yo diría que en el estado, en el estado es donde más se consume, es la metanfetamina que es el cristal [...]”

**Terapeuta 2.** “Hay adolescentes que ya están iniciando el consumo de metanfetaminas, cristal. Eh, básicamente aquí me ha tocado ese tipo de sustancias [...] algo que he visto es que inician principalmente con el consumo de alcohol o de tabaco y ya después empiezan a probar otras sustancias [...]”

**Terapeuta 4.** “Aquí en Baja California, la marihuana. Para los adolescentes que van al PIBA es marihuana. Sí, ésa es. Y ya de más edad es la metanfetamina, pero también aquí pasa algo interesante. Eh, para cuando llegan al PIBA, ya atravesaron consumo problemático de alcohol y de tabaco [...] la sustancia de mayor consumo en mi comunidad es el cristal, cocaína y marihuana [...]”

Los informantes coinciden en que un factor importante es la baja percepción de riesgo que tienen los adolescentes con respecto al consumo, ya que algunos consideran que el consumo de sustancias es algo cultural y socialmente permitido en el municipio.

**Terapeuta 1.** “Creo que lo que impacta, más que nada, [es] esta percepción que ellos tienen como algo que no hace daño, como algo que tienen, que pueden hacer, y no hay consecuencia de ningún tipo.”

**Terapeuta 2.** “Tienen esa idea de experimentar o de conocer, entonces creo que sí afecta en el sentido de que aumenta esa perspectiva de percepción favorable a consumir o a probar.”

**Terapeuta 5.** “Sí, de hecho, muchas de las creencias que mantienen los chicos son permisivas y justifican el hecho de estar bebiendo o consumir cualquier tipo de sustancia [...] porque se ve como algo hasta parte de la cultura, parte de lo que ofrece aquí Ensenada. Entonces sí va generando. Yo si observo una percepción más favorable al consumo, porque se minimizan los aspectos negativos.”

Algunos adolescentes pertenecen a comunidades de migrantes (mixtecos, zapotecos y triquis), en donde el consumo de sustancias es socialmente aceptado; además, perciben abandono o pobreza. Esto podría repercutir en el bienestar emocional de los adolescentes.

**Terapeuta 1.** “En Ensenada hay muchas comunidades indígenas. Es de hecho, en el Estado, es el municipio con más comunidades indígenas y predominan las de Oaxaca; mixtecos, zapotecos y triquis. Entonces, no se adaptan. Como ese rollo de las metas, tipo de temas como que ellos no lo visualizan tanto, pues, porque el rollo de la familia [...] el caso de un chico indígena que pues no, qué cuáles metas si tengo que seguir lo que dice esta costumbre familiar.”

**Terapeuta 2.** “[...] muchos de ellos vienen de familias en donde hay consumo de por lo menos de alcohol. Entonces, las comunidades mixtecas consumen mucho alcohol por tradición, entonces en esa zona, la zona de manadero, hay muchos mixtecos, muchos; inclusive sus padres no hablan español.”

**Terapeuta 4.** “Muchos de ellos tienen un arraigo, un afecto por su familia. No, pero de pronto sienten un abandono, el abandono de los padres y la pobreza en la que viven, y pues hay cierto malestar emocional.”

Los terapeutas mencionaron que la violencia que viven los adolescentes en diferentes ámbitos, como la familia, escuela y comunidad, son factores importantes, ya que algunos adolescentes viven en comunidades en donde se ven amenazados por ciertos grupos delictivos dedicados a la venta de drogas. Estos grupos los intimidan para el inicio del consumo de sustancias y la venta de drogas.

**Terapeuta 1.** “La violencia es generalizada. En esta población se percibe que los adolescentes no saben manejar sus emociones y, por lo tanto, canalizan de manera equivocada estas emociones y muchas veces se refleja la violencia en la comunidad y, sobre todo, consumo.”

**Terapeuta 3.** “No hay muchas opciones a los muchachos; les da miedo salir a la escuela, se la pasan encerrados, los amenazan. Hay personas y grupos delictivos que los amenazan si no venden drogas. Están esos tipos de detalle que están en contra. No, generalmente para estas situaciones buscamos estrategias y ellos deciden andar siempre en grupos de amigos, este..., para evitar el acercamiento de ellos de manera individual.”

**Terapeuta 5.** “Y hablando más de violencia de género y violencia en general, es importante porque se ha visto, ¿no?, mucho del consumo de sustancias. Sí, es por esto, no voy a generalizar, pero sí mucho de esto [...] el adolescente a lo mejor percibe violencia en el hogar y sabemos que la violencia es muy general, no nada más la física. Entonces no es nada más la violencia en la familia.”

Los entrevistados mencionan que en Ensenada también existe la comunidad de pescadores, que representa disparidad entre las comunidades indígenas. Esta diferencia repercute en el tipo de sustancias que consumen los adolescentes y la percepción y las situaciones de riesgo que tienen sobre el consumo.



**Terapeuta 3.** “En mi comunidad donde atiendo no tengo población indígena [...] Mi población es de hijos de pescadores [...] pero para esta población su consumo es de otras sustancias [...] ellos consideran que su posición económica es de privilegio.”

**Terapeuta 1.** “Dependiendo del estatus, económico cultural [...] por ejemplo, los chicos, pues que viven en las periferias, de familias indígenas son chicos jóvenes que tienen una vida, pues, sociocultural y sociofamiliar muy decadente.”

**Terapeuta 4.** “Y dependiendo el estatus, los adolescentes hijos de pescadores viven en otra zona y ellos se consideran de otro estatus y además consumen otro tipo de sustancias [...] va a depender mucho el tipo de drogas, el estatus social, socioeconómico.”

Estos resultados coinciden con los reportados por Aranda (2014), quien señala que en el municipio de Ensenada existe la presencia de comunidades migrantes indígenas que enfrentan condiciones precarias en sus viviendas y viven en condiciones de inseguridad. Estas comunidades se han ido permeando de las violencias vinculadas al crimen organizado, cosa que, en algunos casos, se agudiza por el consumo de drogas. La violencia se ha vinculado con la venta y distribución de drogas, lo que la convierte en situación de riesgo para la población en general. A esto también podemos agregar la situación de pobreza y desigualdad.

También se ha encontrado similitud con los datos que presentan Villatoro *et al.* (2012), quienes indican que las tasas de consumo de sustancias ilícitas entre los adolescentes son más bajas que las del consumo de alcohol y tabaco, pero la tendencia del consumo de sustancias ilícitas, en particular la marihuana y la metanfetamina, va en aumento.

Además, Villatoro *et al.* (2016) señalaron que en Baja California la droga de mayor impacto en consumo fue la metanfetamina, seguida de la marihuana y la heroína. De hecho, el estado presenta un mayor aumento del consumo de metanfetamina comparado con cualquier otra región del país. En este estado el consumo de drogas ilegales en 2016 fue de 4.4%, mientras que a nivel nacional el consumo fue de 2.7%. Este dato nos muestra una diferencia

muy representativa con respecto a la media nacional de 1.7% (Villatoro *et al.*, 2016).

Se ha documentado que el uso de metanfetamina está aumentando en la región (luego viene el de heroína) y representa una de las razones principales para la búsqueda de tratamientos en los centros de atención (Secretaría de Salud, 2012; Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en México, Secretaría de Salud de México e Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz, 2016; Villatoro *et al.*, 2017).

La propuesta de adaptación parte de las variables encontradas en las entrevistas realizadas a los terapeutas que laboran en los UNEME-CAPA de Ensenada. Estas variables están relacionadas con los usuarios adolescentes que han atendido desde su incorporación a la institución. Para iniciar este proceso, se diseñó un folleto enfocado en facilitar la retroalimentación del consumo de metanfetaminas en la sesión de inducción.

FOLLETO. Mendoza (2021). Reporte de metanfetaminas, sesión de inducción

## Materiales

### REPORTE DE METANFETAMINAS

Sesión de Inducción  
Nombre: \_\_\_\_\_

Tu patrón de consumo se obtiene con base en el calendario de tu consumo. A continuación presentamos la información más importante de éste:

En los últimos seis meses

Tu consumiste un total de \_\_\_\_\_

Los días de NO CONSUMO en los últimos tres meses \_\_\_\_\_

Los días de la semana de mayor consumo \_\_\_\_\_

Mayor días de consumo en UNA SEMANA \_\_\_\_\_

Menos días de consumo en UNA SEMANA \_\_\_\_\_

### Prevalencia de consumo por tipo de droga los últimos 12 meses en B. C.

## ¿Qué consecuencias te han ocurrido?

### A CORTO PLAZO (NIDA, 2016)

- Aumento de la vigilia (alteración del patrón del sueño)
- Aumento de la actividad física (Hiperactividad)
- Disminución del apetito (Alteración del sistema de regulación del apetito)
- Respiración agitada
- Ritmo cardíaco rápido o Irregular
- Presión arterial elevada
- Temperatura corporal elevada

### A LARGO PLAZO (NIDA, 2016)

- Suprime el apetito (no comen, pérdida excesiva de peso)
- Adicción
- Problemas dentales graves ("boca de metanfetamina")
- Comezón intensa que lleva a lesiones en la piel producidas por rascarse
- Problemas respiratorios (falta de oxígeno)
- Problema gastrointestinal (úlceras gastrointestinales):
  - Ansiedad desbordada
- Cambios en la estructura y el funcionamiento del cerebro (confusión, pérdida de memoria, problemas para dormir, comportamiento violento)
- Paranoia (desconfianza extrema e injustificada de los demás mayormente de la pareja)
  - Alucinaciones
  - Actividad motriz repetitiva

FUENTE: Elaboración propia con datos de ENCODAT (2016).

Dentro de la información que se incluye está el uso, abuso y dependencia de consumo. Este reporte tiene la posibilidad de introducir información sobre el consumo del adolescente en cuanto a los últimos seis meses, los días de consumo y los días de la semana que consume. Todo esto se ha obtenido durante las sesiones de evaluación. Además, contiene información sobre los efectos y consecuencias a corto y largo plazo por el consumo de metanfetaminas (véase el anexo). También se incorporan gráficas que durante la retroalimentación permiten que el adolescente dimensione su comportamiento con respecto a su grupo de pares, con la finalidad de modificar la percepción sobre su consumo. Asimismo el folleto, con el apoyo del terapeuta, guiará al adolescente en el proceso de toma de decisiones sobre hacer un cambio en su conducta de consumo o ingresar para recibir tratamiento.

Con lo anterior se podría facilitar la implementación íntegra de la sesión de inducción, brindando mayores elementos para motivar al cambio gracias a la integración de información cercana al contexto y características del consumo del adolescente.

Vivir en contextos de consumo y venta de drogas es un fenómeno al que se enfrentan con frecuencia los adolescentes de Ensenada. Esto puede generar un proceso de normalización, pues muchas veces se encuentran en medio de un dilema generado por el hecho de que quien consume y vende forma parte de la familia o de los amigos. San Luis *et al.* (2021) mencionan que en Baja California la edad de algunos vendedores de drogas es de apenas 8 o 10 años; y respecto a los motivos para vender, de acuerdo con la opinión de los participantes, los niños y las mujeres lo hacen obligados o bajo comando de alguien más, mientras que los adultos lo hacen como última opción para sobrevivir. El consumo de drogas es una constante en sus comunidades. Estos datos coinciden con los encontrados en este estudio.

Dado lo anterior, estas situaciones de riesgo que viven los adolescentes de Ensenada deberían considerarse, incluso en el proceso de adaptación de otros componentes del programa, como es el caso de la sesión “Aprendiendo a comunicarse” del PIBA, la cual está orientada a sensibilizar al adolescente sobre la importancia de la interacción positiva como recurso para recibir apoyo social, enfrentar la disminución del consumo por medio del desarrollo de habilidades y reconocer la motivación para el cambio (Mar-

tínez *et al.*, 2021). Así también, es importante considerar en futuras investigaciones información desde el punto de vista de los adolescentes usuarios del PIBA, situaciones de riesgo del adolescente, edad de inicio en el consumo, sustancia que se consume y las consecuencias del consumo, además de conocer las problemáticas relacionadas con el consumo a nivel social, familiar e individual. Todo esto para fortalecer la adherencia del adolescente hacia el tratamiento y también la de los terapeutas que implementan el PIBA.

## Referencias

- Aranda Gallegos, P. (2014). De espacios y violencias: vida cotidiana de jornaleras en comunidades del noroeste de México. *Región y Sociedad*, 26(4), 189-216.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Barr, A. M., Panenka, W. J., MacEwan, G. W., Thornton, A. E., Lang, D. J., Honer, W. G., y Lecomte, T. (2006). The need for speed: An update on methamphetamine addiction. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 31(5), 301-313.
- Feldstein Ewing, S. W., Bjork, J. M., y Luciana, M. (2018). Implications of the ABCD study for developmental neuroscience. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 32, 161-164.
- Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (2017). Observatorio Estatal de las Adicciones 2017. Prevalencia del consumo de drogas, alcohol y tabaco en población abierta del Estado de Baja California. [www.ipebc.gob.mx](http://www.ipebc.gob.mx).
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2015). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*. México: Gobierno de México.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2016) *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*. México: INPRFM.
- , Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, y Secretaría de Salud (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas (2017). Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*. México: INPRFM. [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx)
- , Instituto Nacional de Salud Pública, y Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. México: INPRFM. [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx)
- Jones, C. M., Underwood, N., y Compton, W. M. (2020). Increases in methamphetamine use among heroin treatment admissions in the United States, 2008–17. *Addiction*, 115(2), 347-353.
- Marlatt, G. A., y George, W. H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79(4), 261-273.
- Martínez, K. I. (2003). Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve

## 9. El procesamiento moral en adultos jóvenes: correlatos cognitivos y neurofisiológicos

MARÍA FERNANDA SOLEDAD SARABIA MONTOYA\*

GILBERTO MANUEL GALINDO ALDANA\*\*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.154.09>

### Resumen

El procesamiento moral (PM) es la forma en que se procesa la información moral recibida del mundo social. Se trata de un proceso que antecede a la toma de decisiones<sup>12</sup> que implica la resolución de dilemas morales. En este proceso participan algunos procesos cognitivos del funcionamiento ejecutivo (FE) que permite regular, controlar, planear la conducta, anticipar consecuencias y elaborar planes de acción. También participan componentes bioeléctricos (EEG) asociados con estructuras cerebrales de lóbulos frontales encargadas tanto de procesos cognitivos, como de los FE, además de procesos emocionales, como las emociones morales. Evaluar el efecto del FE sobre el PM en el adulto joven puede ser más eficiente debido a la madurez cerebral sobre el FE. Cambios positivos tanto en el FE como en EEG podrían sugerir cambios positivos en el PM y, posteriormente, en las decisiones y el actuar moral.

**Palabras clave:** *procesamiento moral, funciones ejecutivas, componentes EEG.*

- <sup>39</sup>
- \* Maestranda en Psicología, Facultad de Ingeniería y Negocios Guadalupe Victoria, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4077-5000>
- \*\* Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Ingeniería y Negocios Guadalupe Victoria, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4192-9911>



## **Introducción**

### ***Planteamiento del problema***

Los FE dentro del procesamiento moral permiten regular, controlar, planear la conducta y los procesos cognitivos. Estos últimos son los más complejos porque controlan y regulan los procesos más básicos; convergen en un concepto general de FE (Lezak *et al.*, 2004; Egan *et al.*, 2001; Stuss y Alexander, 2000).

El control inhibitorio dentro de las FE funciona como control de respuestas impulsivas o innecesarias para una meta o contexto, regulando la conducta, la atención y la flexibilidad cognitiva para explorar otros procedimientos cognitivos cuando las estrategias no se adecuan para una solución al contexto actual. Por tanto, los FE son importantes en el procesamiento moral. Una vez implementadas estas funciones, los procedimientos y estrategias cognitivas deben tener organización secuencial mediante la planeación, a fin de ejecutar planes de acción que lleven a la meta en menor tiempo, esfuerzo y dispersión cognitiva (Flores *et al.*, 2021).

La atribución de estados mentales en el otro es un proceso cognitivo que forma parte de la teoría de la mente y permite al individuo atribuir un estado mental, sea un pensamiento, una emoción, deseo, creencia, o intención en las otras personas (Butman *et al.*, 2007). Esto genera un pensamiento sobre la acción del otro actual o futuro. Los procesos anteriormente mencionados, en su conjunto, se ven implicados en el procesamiento moral.

### ***Procesamiento moral (PM)***

De acuerdo con la descripción conceptual en psicología cognitiva, el procesamiento moral incluye, por un lado, el almacenamiento y la interpretación para producir una respuesta o reacción racionalizada (Villegas, 2004), en particular de acuerdo con tomas de decisión que tienen un igual peso o dificultad para ser elegidas y ejecutadas. Por otro lado, implica tomar decisiones sometidas a un contexto, que implican dilemas morales que se guían por el deseo de obtener para uno mismo lo que es más conveniente y que

en otras ocasiones puede representar un sacrificio de un bien por un bien mayor. Un dilema moral no es más que el conflicto que puede experimentar un individuo al que se le presentan dos opciones que son igualmente perjudiciales e implican una responsabilidad moral. El individuo se ve obligado a tomar una decisión. Una relación de contradicción. De este modo, si bien “[...] es cierto que todo dilema involucra un conflicto, no es necesariamente cierto que todo conflicto involucra un dilema” (Lariguét, 2010, p. 74).

En este sentido, “[...] es mejor enfatizar el sacrificio de alternativas valiosas y advertir que muchas veces se da una especie de paradoja, pues es la ‘solución’ a los conflictos dilemáticos, la misma que entraña un sacrificio inevitable de un bien valioso” (Lariguét, 2010, pp. 74-75). Es decir, cuando se parte de dos decisiones, cualquiera se tome va a perjudicar de manera significativa o va a implicar un sacrificio importante, lo cual parecerá un tanto incongruente, ya que el dilema representa un problema para el tomador de decisiones y la solución al problema (que es un dilema) traerá otro problema que, de hecho, es inevitable. Se cae en la expresión paradójica de “los bienes sirven para remediar los males” a la inversa, pues, en este caso y contradictoriamente, para tener un beneficio se deba adquirir un perjuicio.

Ante la presencia de dilemas morales, la ética y la moral juegan un papel importante. “La ética analiza comportamiento y toma de decisiones para identificar los valores y reglas morales que los han orientado” (Montuschi, 2004, p.17). Las reglas morales son guías que orientan al individuo hacia lo que hay que hacer en ciertas situaciones de cuestión moral. Dichas reglas deben basarse en valores y principios éticos. Estos últimos **son mucho más generales que las reglas morales y aplicables en diversas situaciones** (Montuschi, 2004). “En el curso de un proceso de razonamiento moral que debería conducir a un curso de acción o a una toma de decisiones es frecuente que las personas se enfrenten con dilemas morales o éticos” (Montuschi, 2004, p. 21).

La forma más sencilla de distinguir entre un dilema moral personal y un dilema moral impersonal consiste en tener en claro que el personal implica procesos socioemocionales y un sentido de agencia o responsabilidad directa por la acción cometida o, en este caso, la decisión tomada; mientras tanto, el impersonal implica procesos más cognitivos que no involucran un sentido de agencia o responsabilidad directa por la decisión/acción.

## Marco de aproximación teórica neuropsicológica y neurofisiológica: Procesamiento moral desde el enfoque neuropsicológico y el papel de las FE

En términos neuropsicológicos, el procesamiento moral comprende el conjunto de los sistemas neurológicos que lo forman, que representan valor y que motivan a perseguirlo, así como sistemas que dirigen el pensamiento y acción por objetivos internos que, además, facilitan imaginar acontecimientos complejos y distantes y representar estados mentales en otros (Decety y Wheatley, 2015). La neurociencia cognitiva, por su parte, en el procesamiento moral, permite comprender los amplios procesos cognitivos complejos y la toma de decisiones, mismos que se ven implicados en el procesamiento moral (Greene *et al.*, 2004).

Como parte de los procesos cognitivos implicados en el procesamiento moral, se ha mencionado al inicio la participación de las FE debido a que hay evidencia de que FE que abarcan procesos cognitivos (como la anticipación, la elección de objetivos, la planificación, la selección de la conducta, la autorregulación, el autocontrol y el *feedback*) están relacionados con el procesamiento moral (Sholberg y Mateer, 1989, citados en Dhers, 2015). Se ha encontrado que los procesos mentales superiores que rigen el pensamiento, acción y emociones son la atención, la planificación, la flexibilidad cognitiva, el control inhibitorio y la memoria de trabajo (Miranda-Casas *et al.*, 2013, citados en Dhers, 2015).

De acuerdo con los trabajos mencionados anteriormente, hay mayor actividad cerebral durante el proceso de toma de decisiones morales personales en áreas asociadas con la emoción y mayor actividad ante dilemas morales impersonales en áreas cognitivas (Greene *et al.*, 2004). Por esto es relevante conocer qué tanto influyen estos procesos, de qué manera en adultos jóvenes y qué tanto comprometerían su procesamiento moral y resultados en la toma de decisiones, así como sus consecuencias en el contexto de la vida cotidiana y en la resolución de problemas.

En cuanto a los dilemas morales, y para tomar una decisión desde procesos complejos involucrados en el procesamiento moral, se ha reportado en la literatura (Gleichgerricht *et al.*, 2011) la participación de la cognición

social (cs), de la que parte teoría de la mente. La cs es un proceso neurobiológico (Butman, 2001, citó en Valdiviesco, 2011), psicológico y social, además de una función ejecutiva por medio de la cual se perciben, reconocen y evalúan los eventos sociales para construir una representación del ambiente de interacción de los individuos (Adolphs, 2010) y, posteriormente, generar el comportamiento social, es decir, la respuesta más adecuada de acuerdo con la circunstancia particular. Se relaciona con la percepción social —estadio inicial que evalúa las intenciones de los demás mediante su conducta (dirección de la mirada y movimiento corporal)— y el estilo atribucional (cómo se explica la conducta de otras personas) (Pelphrey *et al.*, 2004).

Además, la cs hace referencia al conjunto de procesos cognitivos y emocionales con que el individuo interpreta, analiza, recuerda y utiliza la información que obtiene del mundo social. Las conexiones sociales lo llevan a almacenar en el cerebro la información adquirida sobre cada experiencia resultante. Las conductas sociales a futuro de cada individuo las determina la interpretación (personal) de tal información. Es un FE que permite interpretar emociones de otras personas (NeuronUp, 2021). Esto, además de estar relacionado con la empatía, permite inferir qué podría pensar la persona como resultado de cierta conducta mía o cómo reaccionaría al respecto.

La cs implica emociones morales. Las emociones son alteraciones transitorias de las estructuras somatosensoriales que manejan la toma de decisiones en el entorno social. Las emociones básicas son miedo, sorpresa, tristeza, alegría, ansiedad, rabia e ira. La corteza sensorial categoriza los estímulos, la amígdala recibe y procesa información y entonces se genera una respuesta visceral y motora. Las emociones morales regulan el comportamiento social, separadas de intereses y necesidades personales y ligadas a la *teoría de la mente*. Las emociones de condena activan amígdala, cíngulo y corteza orbitofrontal, por lo cual se genera disgusto y desprecio. Las emociones de autoconciencia activan la ínsula y el cíngulo anterior, lo que genera vergüenza y culpa. Emociones de sufrimiento ajeno activan el estriado ventral y el núcleo septal, de modo que provocan compasión. Las de admiración activan el estriado ventral y el cíngulo anterior, lo que causa una especie de devoción (Bechara *et al.*, 2000). En la cs se muestra que con



frecuencia atinamos a <sup>48</sup> emitir juicios descriptivos y causales sobre nosotros mismos y sobre los demás, pero que también, bajo ciertas condiciones, cometemos errores predecibles (Cosacov, 2014). Por lo anterior, Cosacov señala que la confiabilidad de la introspección es relativa, puesto además éste es un proceso de inferencia y, aun así, es individualmente muy utilizado para emitir juicios y tomar decisiones.

Por otra parte, la literatura identifica otro FE con una alta participación en el procesamiento moral: la función de teoría de la mente (TM) como proceso de la cs. Participan también otros procesos, <sup>50</sup> como el análisis de la dirección de la mirada y el procesamiento de información no verbal (Butman y Allegri, 2001, citados en Valdiviesco 2010). Por ejemplo, es un error fundamental de atribución “cuando evaluamos el comportamiento de los demás y tendemos a subestimar las influencias situacionales y a sobreestimar las disposicionales” (Lee Ross, 1977, citado en Cosacov, 2014, p. 107).

## Neurofisiología del procesamiento moral y el papel de los lóbulos frontales

Respecto a lo que se ha encontrado en cuanto a procesamiento moral en el campo de la neurofisiología, los antecedentes con estudios de neuroimagen y en estudios de pacientes con lesiones cerebrales han reportado que las regiones cerebrales relacionadas con las emociones, como el surco temporal superior posterior (STSP), la corteza prefrontal medial (MPFC), la corteza orbitofrontal (COF) y la amígdala, <sup>74</sup> juegan un papel importante en el procesamiento moral (Bechara *et al.*, 2000; Greene y Haidt, 2002; Takahashi *et al.*, 2004; Moll *et al.*, 2005; Takahashi *et al.*, 2008).

Los estudios que aplican técnicas basadas en neuroimagen han reportado mayor activación en regiones cerebrales asociadas con la emoción y la cognición social (tales como la corteza prefrontal medial, el cíngulo/precuneus posterior y el surco temporal superior/unión temporoparietal) durante la consideración de dilemas morales personales por parte de los participantes, y mayor activación en áreas cerebrales cognitivas asociadas con el razonamiento y la resolución de problemas cuando dichos participantes consideraron dilemas morales impersonales (Greene *et al.*, 2004).



Otro estudio pretendió profundizar comparando el juicio de belleza moral y el juicio de depravación moral. Se encontraron correlaciones lineales positivas entre la autoevaluación de elogio y el grado de activación en la COF del hemisferio izquierdo, también entre la belleza moral y correlaciones entre la autoevaluación de la culpabilidad y el grado de activación en el STSP del hemisferio izquierdo, con relación a la depravación moral (Takahashi *et al.*, 2008)

En otros estudios los investigadores que realizaron resonancia magnética funcional (RMf) en personas normales mientras se enfrentaban a una serie de dilemas morales observaron que las principales áreas implicadas son la corteza prefrontal ventromedial, el córtex órbito-frontal y ventrolateral, la amígdala y el córtex prefrontal dorso lateral (Labath, 2017). Asimismo se halló que las disfunciones cerebrales alteran el procesamiento moral por la hiperactividad ante dilemas morales en regiones asociadas a conflicto —corteza cingular anterior— y a emociones negativas —amígdala derecha e ínsula— (López, 2015).

Como ya se ha mencionado, en el procesamiento moral se ve implicado el *cerebro moral* en la corteza prefrontal dorsolateral y ventromedial. En región dorso lateral se lleva a cabo el análisis moral y se activa para los dilemas impersonales en los que uno no es la causa directa del daño. La región ventromedial se activa, en estudios de RMf, al plantearse dilemas que implican la posibilidad de tener que actuar de forma que se pueda dañar a otros; da valor moral y emocional a eventos sociales, ya anticipando futuros resultados, y además participa en la TM, la empatía, la atribución de intención y las tareas relacionadas. La corteza órbito-frontal hace de mediadora en las respuestas aversivas, da flexibilidad del comportamiento de acuerdo con los resultados de nuestras acciones (flexibilidad cognitiva) y se encarga también de inhibir las conductas impulsivas o automáticas dictadas por la amígdala en respuesta a las amenazas, incluidas las sociales y psicológicas (control inhibitorio) (Labath, 2017).

En la expresión del procesamiento moral también estarían implicadas las *neuronas espejo*. Se trata de un conjunto de células del sistema nervioso central localizadas en la zona de la corteza órbito-frontal y ventrolateral, que facilitan la comprensión del estado mental y sentimiento de otras personas en situaciones concretas. Gracias a ellas es posible “[...] ponerse en el lugar

de los otros” y también imitar su comportamiento sin necesidad de reproducirlo en el momento. La *amígdala*, la *ínsula* y el *cuerpo estriado* son estructuras implicadas en discernir lo que es moral y lo que no (Decety *et al.*, 2015; Yoder *et al.*, 2015).

## Sociedad y moralidad

Dentro de las consideraciones para evaluar el procesamiento moral en adultos jóvenes las condiciones del funcionamiento ejecutivo son mayormente óptimas y estables. En cuanto a madurez cerebral, ya se ha formado lo correspondiente al FE, a diferencia del niño y el adolescente, puesto que las FE terminan su desarrollo generalmente alrededor de los 20 años y aún no existe el riesgo que se presenta en adultos y adultos mayores del declive en estas funciones y procesos cognitivos asociados, ya que diversas FE declinan con la edad (Flores y Ostrosky, 2012).

Es importante evaluar el efecto de las funciones ejecutivas implicadas en la toma de decisiones morales, tales como la planificación, flexibilidad cognitiva, control inhibitorio, y las atribuciones de estados emocionales en el otro; esto para verificar si cambios en la actividad de estas funciones ejecutivas reflejan cambios en el proceso de toma de decisiones morales. Las decisiones tomadas por el adulto joven, se convertirán en acciones que perjudiquen o beneficien a comunidades enteras en la sociedad de la que forman parte, ya que “todo dilema involucra un conflicto” (Lariguet, 2010, p. 74). Un dilema moral afecta no solo el procesamiento cognitivo sino también el procesamiento emocional, donde se encuentran comprometidos ciertos procesos cognitivos.

Es importante realizar un diagnóstico que permita analizar el procesamiento moral y conducta moral en los adultos jóvenes para, en su momento, promover una intervención que facilite un mejor desempeño en la toma de decisiones morales; incluso, adicionalmente al objetivo de este estudio, podría mejorar el desempeño y resultado de la toma de decisiones de cualquier tipo y en cualquier contexto al optimizar aún más el funcionamiento ejecutivo, y muy posiblemente mejorarían otras cuestiones particulares en el participante, lo que facilitaría sus actividades e interacciones diarias.

## Conclusiones y propuesta metodológica

Desde la literatura, y en posteriores estudios con registros de actividad cerebral espectral mediante EEG, se identifica que aún falta por conocer qué cambios en regiones específicas relacionadas con el procesamiento moral comprometen el resultado y las consecuencias de la toma de decisiones morales en adultos jóvenes, para así comprender mejor cómo funcionan en condiciones normales y cómo deberían funcionar para un estado óptimo, de manera que se pueda intervenir a personas *sin patologías* para prevenir un *mal funcionamiento* de estructuras del sistema nervioso central antes mencionadas. Si bien lo anterior es cierto, a futuro podría desencadenar perjuicios a la vida cotidiana del individuo y, como resultado, a la sociedad en temas de toma de decisiones morales y resolución de conflictos morales. En tal caso, se potenciaría aún más a quienes requieren mayor entrenamiento para alcanzar su funcionamiento óptimo.

Se han dado soluciones a particularidades asociadas al funcionamiento ejecutivo y se han reforzado y maximizado el potencial de las que se encuentran en esta óptimo. Se han evidenciado intervenciones desde los FE y la CS en condiciones graves como psicosis, esquizofrenia, esclerosis múltiple, autismo, entre otras, pero no las hay en términos de toma de decisiones morales.

Por otra parte, Fajardo *et al.* (2015) han propuesto los dilemas morales como una técnica educativa para estudiantes una vez que los entienden, explicándoles, a modo de relato, muchos de ellos (ficticios o hipotéticos), los cuales, sin embargo, podrían ocurrir en conflicto y, muchas veces, en contra de sus valores y conocimientos. Justo entonces hay que tomar una decisión.

La necesidad de propiciar intervenciones centradas en la toma de decisiones morales radica en la funcionalidad que tendrá el refuerzo de ciertos procesos cognitivos dentro del FE, tal como mejorar el desempeño mental que se requiere para la toma de decisiones morales, lo cual beneficiaría a los adultos jóvenes al mejorar principalmente su desempeño en resolución de problemas, capacidad de planeación, control inhibitorio y flexibilidad cognitiva, tras tener una intervención para la toma de decisiones morales a partir de los FE y la CS.

Por eso el objetivo en la presente propuesta metodológica es identificar si existe asociación entre las funciones ejecutivas y componentes electroencefalográficos que inciden en la toma de decisiones ante dilemas morales en adultos jóvenes; esto para conocer el desempeño y proporcionar un diagnóstico que dirija futuras intervenciones para el entrenamiento y reforzamiento de estos procesos y mejorar con ello tal desempeño en toma de decisiones morales, evaluando si los cambios en las funciones ejecutivas reflejan cambios en el procesamiento moral y en el desempeño para la toma de decisiones ante dilemas morales en adultos jóvenes. Además, hay que considerar, para fines de esta propuesta metodológica, resaltar las diferencias entre los dilemas morales personales, los dilemas morales impersonales y los dilemas morales de sacrificio, puesto que este trabajo se basa en estos últimos.

## Referencias

- Adolphs, R. (2010). What does the amygdala contribute to social cognition? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1191, 42–61. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05445.x>
- Cosacov, E. (2014). *Introducción a la Psicología*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex*, 10(3), 295–307.
- Butman, J. T., Allegri, R. F., Martino, D. J., y Bucay, D. (2007). Neuropsychological frontal impairments and negative symptoms in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 152(2-3), 121–128. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.03.002>
- Decety, J., y Wheatley, T. (2015). The moral brain: A multidisciplinary perspective. *Choice Reviews Online*, 53(2), 53–104. <https://doi.org/10.5860/choice.192126>
- Decety, J., Chen, C., Harenski, C. L., y Kiehl, K. A. (2015). Socioemotional processing of morally-laden behavior and their consequences on others in forensic psychopaths. *Human brain mapping*, 36(6), 2015–2026. <https://doi.org/10.1002/hbm.22752>
- Dhers, P. (2015). Funciones ejecutivas en el desarrollo de la cognición social. *Hologramática. Revista Académica de la Facultad de Ciencias Sociales*, 2(22), 33–48. <https://doi.org/https://cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=1935>
- Fajardo, M., Berenguer, J., Berenguer M., y Roger, I., (2015). Los dilemas morales: una opción pedagógica para la educación en valores en las ciencias médicas. *EDUMECENTRO*, 7(1), 62–75.
- Flores, J., y Ostrosky, F. (2012). Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas. Editorial El Manual Moderno. Academia.edu.

# 10. Autorrepresentación en redes sociales y su influencia en el autoconcepto de estudiantes universitarios de Ensenada, Baja California

ALEJANDRO ESPINOSA FRANCO\*

JAVIER TADEO SÁNCHEZ BETANCOURT\*\*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.154.10>

77

## Introducción

En las últimas décadas se han presentado cambios significativos en la forma de interacción social dentro de la población más joven. Datos recientes muestran que 4.2 billones de usuarios utilizan las redes sociales en todo el mundo; esto representa 53% de la población mundial (Johansson y Götesam, 2004; Muñoz-Rivas *et al.*, 2003; Del Prete y Redon, 2020).

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2017), en 2017, 71% de los jóvenes de 15 a 24 años ya estaban en línea, en comparación con 48% de la población total.

La penetración de las redes sociales en México es grande. Según datos de la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares, desde 2020 los adolescentes y adultos jóvenes conforman uno de los grupos principales de usuarios, con edades de los 12 a los 17 años y de los 18 a los 25 años, los cuales suman un total de 30%. México se encuentra en el quinto lugar a nivel mundial en número de usuarios de Facebook e Instagram. Aproximadamente 100 000 000 de mexicanos utilizan diariamente estas redes (Datareportal, 2021).

Hay que tomar en cuenta que las redes sociales han sido diseñadas para operar en el paradigma de la economía de la atención, término acuñado por

\* Maestro en Psicología por la Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6472-3025>

\*\* Doctor en Neurociencias. Profesor de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1122-6438>



28

el psicólogo, economista y premio Nobel Herbert A. Simon, quien postuló que la atención era el “cuello de botella del pensamiento humano” que limita tanto lo que podemos percibir en entornos estimulantes como lo que podemos hacer con dicha información (Simon, 1971). Las principales compañías de redes sociales implementan en sus diseños la ingeniería de la atención y la ingeniería de persuasión digital. La ingeniería de la atención es el producto de dos desarrollos históricos recientes: *marketing* e internet. Ésta se ve agravada por las redes sociales y los medios de comunicación y tiene aplicaciones en el entorno de seguridad emergente para influir en la toma de decisiones del adversario. Se puede definir como el uso de técnicas psicológicas (como la creación de circuitos de retroalimentación de dopamina y el impulso de emociones primarias) cuyo fin es activar el comportamiento compulsivo de los usuarios y retener su atención el mayor tiempo posible, a fin de maximizar los ingresos publicitarios y la recopilación de información. En este mismo contexto los individuos realizan un despliegue de estrategias, a su vez, para lograr la atención de los otros (Conger, 2019). Estudios muestran que esta preocupación por la constante mejora y autoafirmación en una red social puede provocar ansiedad por la valoración que se recibirá (Grieve y Watkinson, 2016) y por el esmero para una constante presencia en la red para actualizarla con nueva información propia y para no perder las actualizaciones realizadas por los miembros de ésta, lo que genera la sensación de que, si no se está conectado, se podría estar perdiendo algo. Esto se ha denominado comúnmente *fear of missing out* (FOMO) (Przybylski *et al.*, 2013).

En el presente trabajo se analiza uno de los fenómenos relacionados a los usos de las redes sociales: la autorrepresentación por medio de selfis y los riesgos psicosociales potenciales de dicha práctica, en especial en la autoconcepción física. El fenómeno de las selfis ha crecido exponencialmente gracias a varios factores, tales como la implementación de nuevas tecnologías en las plataformas para socializar en línea, lo cual implica tener un cuerpo virtual con el cual ser reconocido y poder socializar, y en el desarrollo de teléfonos inteligentes con cámaras fotográficas. Dichos teléfonos, junto con su red celular, en la última década se han convertido en una necesidad. Por su parte, las plataformas han moldado las conductas de los usuarios, tanto en el consumo como en la producción de con-

tenidos, lo que implica la construcción simbólica en tiempo real a partir de las representaciones en línea que presentan al mundo real.

Las selfis, esta nueva modalidad del autorretrato, son una práctica que está supeditada a las dinámicas de uso de las diferentes redes sociales, en especial dentro de Facebook e Instagram. Facilitan e incitan a que los usuarios se muestren a los otros, a sus amigos, los cuales muchas veces son grupos de personas numerosas: cientos o miles de contactos. El uso del término selfi se incrementó en 17 000% de 2012 a 2013 y actualmente hay más de 183 000 000 de fotografías etiquetadas como selfis en Instagram. La sobreexposición social en este contexto lleva a los usuarios a conductas que buscan una mayor aceptación de parte de los otros (Gértrudix *et al.*, 2017; Tiggemann *et al.*, 2018).

La pregunta de la cual partimos en el presente trabajo de investigación es: ¿Afectan las conductas de autorrepresentación por medio de las selfis en la autoconcepción física de adultos jóvenes? Como hemos expuesto, ésta es una actividad común cotidiana en las redes sociales. Los estudios revisados muestran que esta práctica fomenta la sobreexposición social, lo que promueve la comparación social y la preocupación por el físico; también que sus actividades, las cuales tienen como fin la representación del cuerpo físico en el mundo digital, pueden presentar riesgos de insatisfacción respecto a la imagen corporal (Silvia y Duval, 2001; Toma y Hancock, 2013; Gértrudix *et al.*, 2017; Tiggemann *et al.*, 2018).

Por lo reciente del fenómeno de estudio, tan sólo en los últimos años han emergido investigaciones sobre la influencia de las selfis en relación con diferentes factores psicológicos, tales como la conformación del autoconcepto, la identidad, la autoestima, y la autoimagen, así como otros factores psicológicos. Shin *et al.* (2017), por ejemplo, realizaron un experimento que indica que, cuando los usuarios de Facebook publican selfis, presentan un incremento en *self-awareness* (“autoconciencia”), pero un decremento en la capacidad de entender la perspectiva de los otros.

En una sociedad global que le brinda un importante papel a la apariencia física no es extraño que los individuos estén preocupados por cómo lucen y cómo los verán los otros (Toma y Hancock, 2013). Tradicionalmente las imágenes en los medios han tenido una fuerte influencia en la población. Las mujeres jóvenes han sido las que presentan mayor influencia; sin

embargo, esto ha cambiado recientemente, pues las imágenes idealizadas de cuerpos masculinos delgados y tonificados han comenzado a elevar la insatisfacción de la imagen corporal en los hombres. En general los cuerpos idealizados en los medios de comunicación corresponden a estándares de belleza occidental, los cuales son replicados por los individuos en las redes sociales, en donde las imágenes con mayor popularidad, reflejada en los “Me gusta”, corresponden a las fotografías con estos tipos de cuerpos, mientras que las imágenes de los que cuentan con edades, géneros o etnias que no corresponden a dichos estándares quedan relegadas. La constante comparación con estos estándares de belleza puede crear insatisfacción de la imagen corporal del individuo que no cumple con dichos estándares (Cantor-Silva *et al.*, 2018).

Con la posibilidad de la edición de imágenes a partir de las cámaras digitales y la proliferación de ciertas aplicaciones, los individuos pueden alterar las imágenes con las que se autorrepresentan. La tendencia de las selfis, en apariencia, brinda al individuo un cierto control sobre su autorrepresentación y, sin embargo, la mayoría de las aplicaciones para modificar la apariencia desde su diseño y opciones priorizan los mencionados estándares de belleza. Zhao *et al.* (2008) encontraron que los usuarios, al tener un mayor control de cómo se muestran en las redes sociales tiende, a presentar una versión de sí mismos idealizada con el fin de obtener validación social.

Varias investigaciones han encontrado correlación entre las conductas de autorrepresentación por medio de fotografías y la insatisfacción con la imagen corporal, un elemento importante del autoconcepto físico (Aspen *et al.*, 2015; Rajanala *et al.*, 2018) que incide directamente en la autoestima (Zhao *et al.*, 2008; Toma y Hancock, 2013).

Existen ya trabajos previos para diseñar instrumentos de medición de conductas en relación con las selfis; tal es el caso de desarrollo de la *Selfitis Behavior Scale* de Balakrishnan y Griffiths (2018), la cual mide conductas desadaptativas en relación aquel tipo de fotos.

La presente investigación tuvo como fin el diseño de una escala que permita medir el grado de conductas de riesgo en el uso de selfis con respecto al autoconcepto físico dentro de la población de Baja California. La imagen corporal es un factor determinante en la construcción del autocon-

cepto. Dicho constructo permite el estudio de cómo los individuos se ven a sí mismos y cómo se definen. Se tomó como referencia el modelo teórico para definir el autoconcepto de Shavelson *et al.* (1976), así como sus posteriores revisiones, el cual plantea una estructura multidimensional, multifacética y jerárquica que abarca varios dominios: académico, personal, social y físico. Todas estas áreas están sujetas a ser influenciadas o moldeadas por acciones y situaciones procedentes del ámbito familiar, social y educativo y condicionan su configuración. Como hemos visto, las dinámicas de uso de las redes favorecen que el individuo reciba retroalimentación.

Para este trabajo se desarrolló y validó una escala para medir las conductas de autorrepresentación por medio de fotografías en redes sociales y determinar si existe una correlación con el autoconcepto físico. Asimismo, se desarrolló una propuesta de intervención en formato de taller participativo, con el fin de modificar las conductas desadaptativas de los participantes relacionadas con las prácticas de autorrepresentación por medio de la selfis en redes sociales, para así mejorar su autoconcepto físico.

## Método

La investigación realizada fue descriptiva: sólo observó el fenómeno sin manipular variables. Fue transversal puesto que se realizó una medición en un momento determinado del semestre. La selección de la muestra fue no probabilística por conveniencia. La población de estudio se compuso de  $n = 42$  alumnos (53.2% mujeres, 46.8% hombres) de la Universidad de Tijuana, Campus Ensenada, de diferentes cuatrimestres en las carreras de Cinematografía, Ciencias Forenses, Comunicación, Diseño Gráfico y Derecho. Sus edades van de los 18 (29.8%) a los 24 años (2.1%).

## Instrumentos

A raíz de la contingencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 se procedió a adaptar los instrumentos para su aplicación en línea. El primero es una escala tipo Likert elaborada específicamente para esta investigación,

pues permite identificar prácticas al crear, editar, modificar y utilizar filtros en las selfis, así como la frecuencia y cantidad de imágenes compartidas. El instrumento consta de 32 ítems con una puntuación de diez puntos, donde 1 equivale a “Nunca” y 10 significa “Siempre”. La consistencia interna de la escala fue obtenida mediante un análisis en el programa estadístico SPSS; el alfa de Cronbach fue de .872.

El desarrollo de la escala de elaboración propia para medir las conductas de autorrepresentación por medio de fotografías en redes sociales se sustenta en la revisión de instrumentos anteriores, por ejemplo el desarrollo de la *Selfitis Behavior Scale* de Balakrishnan y Griffiths (2018), la cual mide conductas desadaptativas en relación con las selfis.

El segundo instrumento aplicado fue la escala de autoconcepto de García y Musitu (2001), uno de los instrumentos más utilizados en población hispanoparlante para medir el autoconcepto. La escala está conformada por 30 ítems formulados en términos positivos y negativos y mide el autoconcepto en cinco factores independientes entre sí: académico, familiar, físico, social y emocional. A mayor puntuación en cada uno de los factores, mayor nivel de autoconcepto en dicha área.

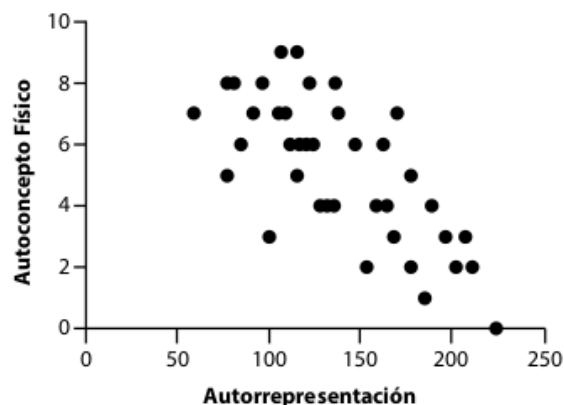
Se contactó a la dirección de Universidad de Tijuana, Campus Ensenada, en donde se presentó la investigación y sus objetivos para solicitar la autorización para realizarla. Por medio del departamento Psicopedagógico se les explicó a los estudiantes en qué consistía la investigación y se les invitó a participar de manera voluntaria. Se hizo llegar al total de la población de estudiantes la invitación a participar. Dadas las condiciones de contingencia por la pandemia de COVID-19, el contacto de invitación y promoción de la actividad se llevó a cabo por medio de foros en línea y de correo institucional. La población total de la universidad es de 200 alumnos de varias licenciaturas. Las dos escalas se adaptaron en formatos de Google Forms con una breve descripción e indicaciones para contestar. Se estableció un límite de dos semanas para recibir las respuestas. Finalmente se llevó a cabo un análisis cuantitativo estadístico en el programa GraphPad Prism.



## Resultados

Se aplicó una distribución normal Kolmogorov-Smirnov, en donde se encontró que los datos se distribuían de manera normal; luego se procedió a realizar un análisis de correlación de Pearson. Se encontró que, a mayores puntuaciones en la escala de creación propia para medir las conductas de autorrepresentación, los participantes presentaron una puntuación baja en el autoconcepto físico ( $r = -0.71$ ,  $p < 0.0001$ ). Esto se encuentra en congruencia con los hallazgos citados de otros autores, ya que ha sido reportado que una baja puntuación en autoconcepto físico tendrá una correlación con prácticas desadaptativas de autorrepresentación por medio de selfis (Aspen *et al.*, 2015).

FIGURA 10.1. Muestra el diagrama de dispersión y de los valores de significancia en la relación del autoconcepto físico con la autorrepresentación.



27

Pearson r

r -0.7189

95% confidence interval

-0.8394 to -0.5310

R squared 0.5169

P value

P (two-tailed) &lt;0.0001

P value summary \*\*\*\*

Significant? (alpha = 0.05)

Yes

Number of XY Pairs 42

Lo encontrado muestra que los participantes con puntajes altos de la escala Likert de creación propia que están asociados con conductas desadaptativas, en relación con la autorrepresentación por medio de selfis en redes sociales, presentan una correlación estadísticamente significativa con los estudiantes que puntuaron bajo en autoconcepto físico en la escala de García y Musitu.

Por otra parte, e igualmente en congruencias con los hallazgos de investigaciones previas, como las de Toma y Hancock (2013) y Aspen *et al.* (2015), quienes encontraron correlación estadísticamente significativa entre las mujeres que compartían selfis de manera regular e insatisfacción corporal junto con ideales internalizados de delgadez y estándares de belleza, en este estudio se encontró que las participantes femeninas fueron quienes mayores puntajes alcanzaron en conductas como modificar digitalmente las fotografías o la frecuencia con que éstas se comparten. También hubo una correlación mayor entre las prácticas de autorrepresentación y las puntuaciones del autoconcepto físico para las participantes de género femenino ( $r = -0.8224$ ), en comparación con los de género masculino ( $r = -0.5244$ ). En ambos casos la correlación es estadísticamente significativa. Las investigaciones consultadas, como las de Tiggemann *et al.* (2018) o las de Balakrishnan y Griffiths (2018), muestran que las mujeres jóvenes sufren de una gran presión social por cumplir con los estereotipos de belleza; sin embargo, se habla de una tendencia al cambio en lo que respecta a la preocupación por el físico en los hombres: hay una creciente demanda por cumplir con estereotipos de belleza masculinos, como se señala en el estudio de Grogan (2008). Esto se ve reflejado en los resultados obtenidos.

A partir de estos hallazgos se realizó una propuesta de intervención para resolver posibles problemáticas en torno a la autorrepresentación en redes sociales de un grupo de la población conformado por estudiantes universitarios del ámbito privado y público. Se trabajará desde el marco del modelo cognitivo conductual, el cual toma en cuenta las conductas junto con los pensamientos y emociones asociadas a ellas y tiene como supuesto la posibilidad de modificar las conductas desadaptativas, para así lograr una mejoría que incide en el estado de ánimo y los pensamientos. Se utilizarán herramientas cognitivo conductuales de reestructuración cognitiva en conjunto con la *técnica adaptada de fotovoz* (Wang, 2003).

## Diseño del programa de intervención

Se procedió a realizar una revisión sistemática exploratoria, la cual brindó los insumos necesarios para definir el diseño de la intervención en función de los hallazgos realizados. Por un lado, lo encontrado en la revisión sistemática exploratoria está en concordancia con lo planteado en el marco teórico. Las intervenciones y revisiones sistemáticas y metaanálisis aquí revisados concuerdan en la aparente correlación que pueden darse entre estas variables. Se identificaron elementos que dieron la pauta para formular el objetivo general y específico de la intervención; por ejemplo, la importancia de trabajar en una faceta exclusiva del autoconcepto. Por otro lado, se mostró la importancia de trabajar en el fortalecimiento del autoconcepto físico en su apartado de *imagen corporal*.

Se procedió a definir los criterios de inclusión que serían utilizados, comenzando por definir las palabras claves y los tesauros relacionados, los cuales quedaron de la siguiente manera: autoconcepto, autoestima, imagen corporal, trastorno dismórfico corporal, autorrepresentación, redes sociales, *self*, *self-concept*, *self-esteem*. Se incluyeron estudios realizados con 10 años de antigüedad. Se buscaron estudios sobre autoconcepto desde la perspectiva multidimensional y jerárquica, enfocados en la dimensión física y de preferencia con intervenciones grupales. Se incluyeron estudios tanto cualitativos como cuantitativos, intervenciones primaria y secundaria, estudios realizados a nivel internacional, nacional y regional. Se incluyó la búsqueda de intervenciones en el ámbito educativo, que es en donde se realizará la intervención, así como estudios enfocados en población adolescente y adulta joven. Se utilizarán las siguientes bases de datos: Pubmed, Researchgate, Scielo, Elsevier, EBSCO y Redalyc.

Los hallazgos muestran la importancia de la autopercepción y la decisiva influencia de la imagen propia sobre el bienestar psicológico; al haber carencias en esta área la influencia en diferentes ámbitos de la vida, esto puede repercutir en diferentes problemáticas. Uno de los principales hallazgos estaba en que las mujeres con altos grados de insatisfacción corporal responden particularmente bien a las intervenciones conductuales, pues su malestar está en gran medida influido por estar muy aten-

tas al juicio de los otros, a lo que ellas creen que los otros piensan de su cuerpo.

Para el desarrollo de la intervención es importante la relación entre las imágenes compartidas en redes sociales con modificaciones realizadas para verse mejor y la relación entre esta actividad y la insatisfacción con la imagen corporal. Las características físicas son en gran medida tomadas en cuenta al momento de hacer una descripción de quiénes somos. En el autoconcepto físico se encuentra el apartado denominado *apariencia física*, que incluye nuestra percepción de la imagen corporal.

Se considera que las intervenciones en el autoconcepto tendrán mejores resultados si se orientan a una faceta específica. Intervenciones conductuales o de reestructuración cognitiva han tenido resultados estadísticamente significativos que se mantienen en el tiempo, lo cual proporciona estrategias cognitivas para la toma de conciencia y mejora las auto<sup>44</sup> percepciones de las personas, hasta que logra fomentar la autoaceptación. Se busca propiciar la reflexión de los participantes, tratando de que en primer lugar tomen conciencia de su propia percepción física.

El programa de intervención propuesto consta de tres módulos distribuidos en seis sesiones. En el primer módulo los participantes conocerán y reflexionarán sobre el autoconcepto físico, su relación con la imagen corporal y la autoestima, además de las cuestiones culturales implicadas en la construcción de éste y su relación con la autorrepresentación en redes sociales mediante la selfi. El segundo módulo será destinado a analizar las emociones en relación con el autoconcepto físico y su representación por medio de la selfi en redes sociales. El tercer módulo estará destinado a construir herramientas que permitan a los jóvenes tener una práctica de autorrepresentación con una orientación positiva. Dentro de él se trabajará en concretar los cambios que los participantes consideren que les permitirán tener un mejor uso de la autorrepresentación y de las técnicas de afrontamiento para las dinámicas a la hora de socializar en redes sociales. El tiempo total de la actividad se estima en dieciséis horas.

## Conclusiones

En el presente trabajo de investigación se partió de la pregunta “¿Afectan las conductas de autorrepresentación por medio de las selfie en el autoconcepto físico de adultos jóvenes?” Nuestros resultados son consistentes con los reportados por Toma y Hancock (2013) y Aspen *et al.* (2016), quienes encontraron correlación estadísticamente significativa entre las mujeres que compartían selfis de manera regular y la insatisfacción de su imagen corporal, así como ideales internalizados de delgadez y estándares de belleza. También concuerdan con varias investigaciones revisadas que han hallado correlación entre las conductas de autorrepresentación por medio de fotografías y la insatisfacción con la imagen corporal (Aspen *et al.*, 2015; Rajanala, Maymone y Vashi, 2018) o la autoestima y la valoración emocional del autoconcepto (Zhao *et al.*, 2008; Toma y Hancock, 2013).

De igual manera, los resultados aquí expuestos se encuentran en concordancia con los resultados de los estudios revisados, los cuales muestran que plataformas como Facebook e Instagram, por su diseño y propuesta de interacción, incitan a los usuarios a compartir contenidos, principalmente imágenes, con el fin de alcanzar mayores grados de aceptación o validación social. Entre estas conductas están la modificación digital de las selfis utilizando filtros, Photoshop u otras aplicaciones que favorezcan las modificaciones en la apariencia física. Estas fotografías tendrán una retroalimentación de sus iguales y, por lo tanto, incidirán en el autoconcepto físico (Silvia *et al.*, 2001; Toma y Hancock, 2013).

El aporte de esta investigación radica en que, a pesar de que el fenómeno ha sido estudiado, es poca la investigación que se ha realizado en la región del país, en el municipio de Ensenada particularmente y en alumnos universitarios. Las limitantes de este estudio principalmente se debieron a los ajustes necesarios para realizarlo en el contexto de la contingencia sanitaria por COVID-19, lo que supuso no poder aplicar las escalas de manera presencial. Se encontró que no fue tomado en cuenta el periodo del cuatrimestre al momento de aplicar la evaluación, lo que supuso una menor participación de la población estudiantil, así como una menor cantidad de reactivos del instrumento.



Para futuros trabajos se sugiere que se aumente el número de participantes de la muestra y que la aplicación de las escalas sea presencial. Se sugiere también que se amplíe la población, extendiendo la muestra a las demás universidades de la ciudad, pues la Universidad de Tijuana es una universidad privada y los estudiantes que ahí concurren presentan elementos sociodemográficos que no son representativos de la población. De igual modo hay que revisar el instrumento de creación propia, añadiendo reactivos que brinden mayor información.

Considerando que el fenómeno estudiado inició hace menos de una década, aún se encuentran en proceso los estudios para comprenderlo, identificar posibles riesgos psicosociales y realizar propuestas de intervención primaria, secundaria o terciarias. Consideramos que realizar investigaciones exploratorias de carácter cualitativo permitirá entender a profundidad cómo los individuos viven esta experiencia. Además, se deben realizar investigaciones cuantitativas con diseños experimentales, ya que son necesarias para generalizar los hallazgos; también valdría la pena realizar propuestas para incidir en las áreas que se requieran. Sugerimos, por lo tanto, realizar un grupo focal en donde se realicen dinámicas dirigidas a escuchar el sentir de los participantes en relación con el fenómeno de existir de manera virtual por medio de la autorrepresentación y a los problemas o malestares asociados con el mismo. Por otro lado, ampliar las escalas utilizadas de manera presencial a un grupo mayor de participantes ayudará a tener datos que brinden información más robusta que permita encontrar correlaciones estadísticas.

Sugerimos que las autoridades universitarias implementen talleres para que los alumnos aprendan a utilizar las diferentes estrategias de afrontamiento, a fin de que los ayuden a lidiar con los factores de riesgo asociados con la autorrepresentación en redes sociales.

## Referencias

Aspen, V., Martijn, C., Alleva, J. M., Nagel, J., Perret, C., Purvis, C., Saekow, J., Lock, J., y Taylor, C. B. (2015). Decreasing body dissatisfaction using a brief conditioning in-

## 11. Programa de inteligencia emocional en niños de casa hogar del Valle de Mexicali

ELIZABETH CONTRERAS NAVARRO\*

GILBERTO MANUEL GALINDO ALDANA\*\*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.154.11>

### Resumen

El objetivo de este proyecto es evaluar la eficacia de un programa de intervención a distancia de inteligencia emocional en niñas y niños que viven en casa hogar. Por esto se diseñó un programa de inteligencia emocional, considerando los componentes intrapersonal e interpersonal y el manejo del estrés del modelo mixto del autor Bar-On. Para el presente estudio se realizó un diseño longitudinal no paramétrico, de intervención, comparativo, de preprueba y posprueba. Se aplicó una batería compuesta por tres instrumentos: formulario de datos personales, evaluación neuropsicológica infantil (ENI) con libreta de signos neurológicos blandos y cuestionario de inteligencia emocional EQ-I de Reuven Bar-On. Posteriormente se capturaron los resultados y se corroboró la normalidad de las variables mediante la prueba de Shapiro-Wilk (Shapiro y Wilk, 1965). Se procedió a la estadística no paramétrica y se eligió la prueba T. Wilcoxon para medidas apareadas.

**Palabras clave:** *infancia vulnerable, inteligencia emocional, casa hogar, asistencia social.*

\* Maestra en Psicología. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ingeniería y Negocios Guadalupe Victoria, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0046-4708>

\*\* Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Ingeniería y Negocios Guadalupe Victoria, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4192-9911>

## Introducción

En México existen 703 instituciones enfocadas a la atención y cuidado de personas menores de edad, las cuales son consideradas un punto de apoyo o incluso una estrategia de sobrevivencia para los menores de edad, pues, según las cifras, aproximadamente existen 412 456 niñas y niños privados de cuidado parental, de los cuales 29 310 se encuentran dentro de estas instituciones de asistencia social. Del resto no se tiene registro, por lo que el número podría ser mucho mayor (Ibáñez, 2014).

En el año 2015 el estado de Baja California emitió la Ley de Asistencia Social para este estado, con la finalidad de atender el problema, y en su artículo 5 menciona algunas de las características de los menores que deberán recibir este tipo de asistencia:

- Personas en estado de abandono, desarrollo, desnutrición u obesidad; personas maltratadas o expuestas a ser víctimas de explotación o corrupción.
- Personas menores de dieciocho años de edad vulnerables por su exposición continua a la calle.
- Personas menores de dieciocho años de edad infractores en lo referente a su atención integral y reintegración a la familia y a la sociedad.
- Víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono, con especial atención a víctimas de violencia familiar.
- Familiares que dependen económicamente de quienes se encuentren privados de su libertad por causas penales y que, por ello, queden en estado de abandono.

Como antes se mencionó, la acción de albergar a niñas y niños en las instituciones se ha planteado como una medida de protección excepcional y provisional con el fin de retirarlos de alguna situación de riesgo y proteger sus derechos hasta que mejoren sus condiciones, sin dejar de lado la reintegración a su familia de origen o, en casos más extremos, una adopción que les sea ofrecida.

## 7 El desarrollo emocional de los niños y niñas en situación de vulnerabilidad

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2013) refiere que las condiciones de abandono, abuso, maltrato, entre otros, en los niños y niñas han dado como resultado falta de seguridad, de afecto y de confianza; conductas agresivas, baja autoestima, ansiedad, entre otras dificultades en el desarrollo infantil, así como problemas escolares y comportamentales. Dicho de otra manera, los menores se ven afectados tanto en el desarrollo personal como en el social, debido a sus bajos niveles de autoestima y el poco manejo de emociones, lo cual dificulta una adecuación al entorno social (Peralta y Sandoval, 2016).

Para mejorar la convivencia de los infantes en sus diferentes contextos tanto dentro como fuera de la casa hogar, es necesario desarrollar en ellos capacidades y habilidades emocionales (UNICEF, 2012; Guil *et al.*, 2018). Existen diversos estudios que destacan la importancia de la inteligencia emocional en la vida de los infantes (Casanova, 2014; García Ordóbil, 2018; Morales, 2016; Muriel e Isidro, 2020; Porcayo, 2013), pues engloba aspectos elementales que intervienen en la vida de un niño y permite conocer cómo el menor enfrenta y resuelve sus problemas en la vida diaria, ya sea en el ámbito escolar, familiar o social (Mesa, 2015; Porcayo, 2013; Peralta y Sandoval, 2016).

De acuerdo con el modelo de Reuven Bar-On, la inteligencia emocional es definida como un conjunto de habilidades emocionales, personales e interpersonales que influyen en la capacidad para enfrentarse a las exigencias y presiones del ambiente (Bar-On y Parker, 2018). De este modo, la inteligencia emocional es un factor importante para determinar la capacidad de éxito en la vida e influye directamente con el bienestar emocional. Este modelo plantea una agrupación para medir la inteligencia emocional, agrupación que considera cinco componentes mayores de la inteligencia emocional: componente de intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo del estrés y estado de ánimo en general.

La inteligencia emocional también juega un papel importante, ya que por medio de ella niñas y niños pueden desarrollar estrategias y habilidades

que les permitan reconocer y expresar sus propias emociones y las de los demás, además de mantener relaciones interpersonales satisfactorias (Romero, 2006; Peralta y Sandoval, 2016; Peres, 2008). Por ejemplo, de las habilidades sociales —que conforman uno de los elementos de la inteligencia emocional que, a su vez, forma parte del componente intrapersonal propuesto en el modelo mixto de Bar-On (Ugarriza y Pajares, 2005)— se tienen beneficios como la adaptación exitosa al medio y la prevención de conductas negativas, como la agresividad, las conductas disruptivas, el estrés, los comportamientos antisociales, la depresión, las conductas perjudiciales y las emociones negativas que pueden afectar la integridad de los niños (Paredes, 2019; Espinosa, 2018).

Desarrollar habilidades emocionales en etapas tempranas de la vida como la infancia funciona como una estrategia que optimiza los recursos del niño ante situaciones adversas (Bisquerra, 2012). Lo antes mencionado recalca la importancia de que se implementen estrategias entre las cuales esté la elaboración de programas de intervención en inteligencia emocional dentro de la población infantil, a fin de prepararla para enfrentarse a circunstancias perjudiciales para su vida, prevenirla de conductas de riesgo y potencializar las habilidades positivas con las que cuente. Todo ello significaría beneficios tanto preventivos como correctivos (Paredes, 2019; Domínguez, 2004; Guil *et al.*, 2018; Bisquerra, 2012).

## Contexto

La casa hogar donde se aplicó el programa de intervención está ubicada en la zona rural de Mexicali, Baja California, México. Esta zona, también llamada el Valle de Mexicali, está conformada por poblaciones rurales pequeñas, aproximadamente a sesenta kilómetros de la zona urbana, donde el sustento económico proviene mayormente del trabajo de personas en condición de jornaleros, agricultores o empleados de pequeños negocios.

Esta casa hogar es una asociación civil con un equipo de trabajo conformado por dos cuidadores, cinco voluntarios, un encargado de cocina y el director. La casa tiene un total de nueve menores de edad: seis niñas y tres



niños. Se considera una casa con población pequeña en comparación con las casas más cercanas ubicadas en la zona urbana del municipio.

Para esta investigación se consideraron los resultados de una encuesta para cuidadores de casa hogar que egresaron de esta asociación civil y cuidadores de otra casa hogar ubicada en zona rural. Una de las preguntas más importantes de la encuesta fue “¿Cuáles son los principales retos personales a los que niños y adolescentes se enfrentan dentro de la casa hogar?”, y las dos respuestas más altas estaban relacionadas con los problemas conductuales en los menores y problemas emocionales, como baja autoestima, sentimientos de abandono e inseguridad. Además, otro de los problemas que se identificó es la falta de personal en general y de personal capacitado para el trabajo de los temas antes mencionados.

Por lo anterior, esta investigación tiene como objetivo evaluar la eficacia de un programa de intervención en inteligencia emocional a distancia para niñas y niños que viven en casa hogar, con el fin de proveer herramientas en el menor que le permitan prevenir conductas disruptivas y potenciar habilidades positivas, específicamente las relacionadas con la inteligencia emocional.

## Metodología

### *Participantes*

Los participantes en este estudio fueron niñas y niños menores que viven dentro de la casa hogar, ubicada en una zona rural del Valle de Mexicali, con edades entre los 7 y los 11 años.

### *Preguntas de investigación*

- ¿Los niños de casa hogar presentan niveles bajos de inteligencia emocional en la evaluación previa a la intervención?
- ¿La inteligencia emocional de niños y niñas que viven en casa hogar presenta mayores puntuaciones una vez realizado el programa de intervención?

### **Hipótesis**

H1. Los niños y niñas de casa hogar presentan niveles bajos de inteligencia emocional en la evaluación previa a la intervención.

HN. Los niños y niñas de casa hogar no presentan niveles bajos de inteligencia emocional en la evaluación previa a la intervención.

H1. La inteligencia emocional de niños y niñas que viven en casa hogar presenta mayores puntuaciones una vez realizado el programa de intervención.

HN. La inteligencia emocional de niños y niñas que viven en casa hogar no presenta mayores puntuaciones una vez realizado el programa de intervención.

### **Procedimientos**

Se incluyó a niños y niñas que en los resultados de la prueba *signos neurológicos blandos* de la prueba ENI se identificaron con niveles procesuales básicos necesarios para la realización de las actividades planteadas dentro del programa de intervención.

Esta investigación se llevó a cabo mediante un estudio de caso intrasujetos, longitudinal preprueba y posprueba, considerando a siete participantes para ser evaluados mediante el diagnóstico inicial. Posteriormente se aplicó el programa de intervención y el diagnóstico final.

El programa de intervención fue diseñado para su aplicación en modalidad a distancia por medio de enlaces digitales con el menor. Antes de iniciar con el programa se entregaron materiales didácticos de apoyo necesarios para las actividades propuestas en el programa de intervención. Además de esto, se solicitó la ayuda de un cuidador para monitorear la actividad del niño y ayudar durante la aplicación en caso de ser necesario. Se realizó un registro de cada sesión para considerar aspectos como la calidad en la conexión a internet, disponibilidad de una computadora, tiempos de inicio y de término de la sesión, estado de ánimo del menor, disposición y atención durante la sesión.

El programa se dividió en tres fases: diagnóstico inicial, intervención y diagnóstico final. A continuación se presenta la estructura general del programa:

1. *Fase de diagnóstico inicial.* En esta fase se aplicaron, por vía remota, los siguientes instrumentos para evaluar la inteligencia emocional de las niñas y niños.

- *Formulario de datos personales:* contiene diecisiete preguntas elaboradas para obtener datos de identificación del menor e información sobre las relaciones interpersonales que establece dentro y fuera de la casa. Tiene una duración de aproximadamente veinte minutos.
- *Evaluación neuropsicológica infantil (ENI)* <sup>89</sup> *libreta de signos neurológicos blandos de Matute et al. (2013):* ésta *ha sido* diseñada *para niños con edades comprendidas entre los 5 y los 16 años.* La aplicación de esta prueba tuvo una duración aproximada de cuarenta minutos. Se aplicó con el objetivo de identificar los niveles procesuales básicos necesarios para la realización de las actividades planteadas dentro del programa de intervención. El instrumento consta de 10 apartados, de los cuales sólo se aplicaron siete.
- En una segunda etapa del diagnóstico se aplicó el *Cuestionario de inteligencia emocional EQ-I de Reuven Bar-On, en versión traducida al español por Dolores Prieto:* este instrumento de medición se centra en estudiar los componentes que definen la inteligencia emocional. Está orientado a niños desde 6 hasta 18 años.

2. *Fase de intervención*

- En esta fase se aplicó el programa de intervención de inteligencia emocional a niños de casa hogar en modalidad a distancia por medio de enlaces digitales, con un total de 10 sesiones. El programa trabajó los cinco componentes de la inteligencia emocional propuestos por el psicólogo <sup>34</sup> Reuven Bar-On (a saber: componente intrapersonal, componente interpersonal, adaptabilidad, manejo del estrés y estado de ánimo en general).

### 3. Fase de diagnóstico final

- Se aplicó por segunda vez, vía remota, el *Cuestionario de inteligencia emocional EQ-I de Reuven Bar-On, en versión traducida al español por Dolores Prieto*. Para finalizar, los resultados obtenidos de la fase final se compararán con los resultados de la evaluación diagnóstica inicial.

## Resultados

Para los resultados se evaluó a un total de siete niños (cuatro niñas y tres niños) aplicando el inventario de inteligencia emocional EQ-I.

Se realizó un análisis descriptivo con las frecuencias de los resultados del diagnóstico inicial, donde se aplicó el cuestionario de inteligencia emocional (EQ-I). Se obtuvieron puntuaciones de los cinco componentes de la inteligencia emocional para cada uno de los niños, además de un puntaje total del coeficiente emocional (CE) de cada uno de ellos. Las puntuaciones percentiles se clasificaron en tres categorías: bajo, medio y alto.

Se identifican los componentes intrapersonal e interpersonal como los más bajos. Se puede observar que 85% de los niños presentan resultados bajos en el componente interpersonal, seguido del componente intrapersonal con 43% de los niños con puntuaciones percentiles bajas.

En el componente de adaptación se observó 85% de puntuaciones medias a bajas. Igualmente las puntuaciones totales del coeficiente emocional son consideradas, en su mayoría, puntuaciones medias, con 71%. Debido a estos resultados, se consideró dar mayor énfasis en el programa de intervención a los componentes que resaltan con puntuaciones más bajas en los menores de la casa hogar.

El total de los niños ( $n=7$ ) de casa hogar fue evaluado en dos etapas del proyecto. El promedio de edad de los participantes fue de 9 años. Las sesiones con cada niño tuvieron una duración aproximada de cuarenta minutos.

Durante el proceso de intervención, en el transcurso de las sesiones, los menores manifestaron comodidad con las actividades y se mostraron participativos, aunque algunos de los menores se observaron distraídos al final

de las sesiones y curiosamente se trataba de los mismos menores que presentan dificultades para poner atención. La conexión durante las sesiones fue buena la mayor parte del tiempo y regularmente el cuidador ayudaba al menor si tenía dificultades con la computadora.

Posteriormente se capturaron los resultados. Se corroboró que la base de datos estuviera capturada dentro de los mínimos y máximos de los parámetros establecidos en cada indicador y que no existieran datos fuera de los rangos predispuestos. Posteriormente se revisó la normalidad de las variables mediante la prueba de Shapiro-Wilk (Shapiro y Wilk, 1965). La prueba mostró ser significativa, lo cual indicaba que no existía una normalidad en los datos, razón por la que se procedió a la estadística no paramétrica y se eligió la prueba T. Wilcoxon para medidas apareadas, dado que es la prueba apropiada para realizar el análisis correspondiente.

Para responder a la pregunta “¿El programa de intervención administrado a distancia, basado en inteligencia emocional, será eficaz para niñas y niños que viven en casa hogar?”, tenemos las siguientes hipótesis:

H1. El programa de intervención administrado a distancia, basado en inteligencia emocional, es eficaz para niñas y niños que viven en casa hogar.

HN. El programa de intervención a distancia, basado en inteligencia emocional, no será eficaz para niñas y niños que viven en casa hogar.

Se realizó la prueba T. Wilcoxon no paramétrica para la comparación de muestras apareadas. Los resultados se pueden ver en la siguiente tabla:

Tabla 11.1. Puntuaciones del grupo de intervención preprueba

		<i>Primera medida</i>		<i>Segunda medida</i>		<i>Wilcoxon</i>	<i>Sig.</i>
		<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>		
Grupo de Intervención ( <i>n</i> = 7)	Intrapersonal	2.38	0.525	2.43	0.659	9	0.833
	Interpersonal	2.11	0.675	2.32	0.450	5	0.339
	Manejo del estrés	2.29	0.970	2.62	0.651	10	0.553
	Adaptabilidad	2.71	0.668	2.86	0.556	8	0.672
	Estado de ánimo	3.19	0.813	2.76	0.787	22	0.203

Fuente: Elaboración propia; *n* = total de participantes.



La prueba mostró que las comparaciones entre cada uno de los componentes en las evaluaciones pre y posprueba no mostró diferencias significativas, por lo cual se puede inferir que las diferencias que se pudieran llegar a observar se deben a cuestiones azarosas.

Para responder a la pregunta “¿Los niños de casa hogar presentan niveles bajos de inteligencia emocional en la evaluación previa a la intervención?”, tenemos las siguientes hipótesis:

H1. Los niños de casa hogar presentan niveles bajos de inteligencia emocional en la evaluación previa a la intervención.

HN. Los niños de casa hogar no presentan niveles bajos de inteligencia emocional en la evaluación previa a la intervención.

Se obtuvieron los promedios de las respuestas de los diferentes componentes. Las puntuaciones promedio en la preprueba (o primera medida) son de 2.53 y en posprueba son de 2.59. Tomando en cuenta que la puntuación máxima de respuesta es de 4, se consideran puntuaciones medias en ambas medidas.

## Conclusiones

Como se puede apreciar en los resultados obtenidos en la prueba T. Wilcoxon, no existen diferencias que no se deban a cuestiones del azar, lo cual sugiere que (a) posiblemente la inteligencia emocional no se ve afectada a lo largo del tiempo o debido a la aplicación de la intervención y que (b) la inteligencia emocional es constante a lo largo del tiempo y, que aunque experimente variaciones leves, no presenta cambios significativos.

Lo anterior se puede deber a diferentes razones. La intervención, como antes se mencionó, se realizó durante la pandemia por COVID-19, lo cual pudo haber tenido un efecto en la eficacia del tratamiento. En primera instancia, una de las consecuencias fue la interrupción del tratamiento, debido a que algunos niños seleccionados para el programa de intervención reportaron casos sospechosos de COVID-19. Por lo tanto, los participantes fueron aislados del resto para evitar posibles contagios.

Tomando en cuenta esto, sería importante cuestionar si las condiciones derivadas de la actual pandemia pudieron tener un efecto en el tratamiento,

a fin de pensar si la aplicación del tratamiento, en otro contexto donde no existieran las actuales condiciones y medidas ante COVID-19, podría haber tenido un mejor efecto en los participantes.

Aunque durante la intervención se intentó controlar todas las variables que pudieran contaminar el estudio, se pudo observar, como antes se mencionó, que en el proceso de aplicación existieron diferentes aspectos que posiblemente tuvieron un efecto en el tratamiento. Aunque estas variables se intentaron controlar, es importante mencionar que uno de los aspectos decisivos en esta intervención son los propios participantes.

Ya que dichos participantes cuentan con características particulares y provienen de un contexto específico, con un efecto en su desarrollo, sería importante considerar si existe la posibilidad de que las condiciones personales pudieran incidir de modo negativo en el aprovechamiento del niño durante el tratamiento. También es importante mencionar que, aunque no hubo un incremento en la inteligencia emocional, ésta se mantuvo estable a pesar de los cambios en el ambiente que pudieron tener un efecto negativo en los niños.

Para futuras investigaciones se sugiere trabajar con un grupo control, con el cual se pueda descartar si niños en otro contexto podrían tener un mejor aprovechamiento y que esta población en particular quizá está siendo afectada.

## Referencias

- Bar-On, T., y Parker, J. D. (2018). *Inventario de inteligencia emocional de BarOn: versión para jóvenes (7-18 años)*. Madrid: TEA. [http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/BarOn\\_extracto-web.pdf](http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/BarOn_extracto-web.pdf)
- Bisquerra, R. (2005). La educación emocional en la formación del profesorado. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 95-114. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27411927006>
- Bisquerra, R. (Coord.) (2012). *¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia*. Esplugues de Llobregat, Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu. <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=3483&tipo=documento>
- Bonet, C., Palma, C., y Gimeno-Santos, M. (2020). Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros re-

## 12. Modelos de tratamiento en adicciones vigentes en México

ITZEL SARAHI ZEPEDA-BELTRÁN\*

CYNTHIA TORRES GONZÁLEZ\*\*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.154.12>

### Resumen

El consumo de drogas constituye una problemática social de relevancia para la salud pública, con importantes repercusiones en las esferas individual, familiar y comunitaria, debido en parte a la prevalencia de trastornos mentales asociados con el consumo. El objetivo de este trabajo es presentar una revisión de los principales modelos de tratamiento que se encuentran vigentes en México. Para ello se llevó a cabo una revisión de publicaciones realizadas entre los años 2010 y 2022; la búsqueda se realizó en bases de datos como Google Académico y EBSCO. Los términos utilizados para realizar las búsquedas fueron “tratamiento”, “adicciones”, “programas”, “México”. Se incluyeron estudios de tratamiento para consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

**Palabras clave:** *tratamiento, adicciones, México.*

### Introducción

El consumo de drogas constituye una problemática social de relevancia para la salud pública en México, debido a la prevalencia de trastornos mentales asociados y a múltiples dificultades en las esferas individual, familiar y comunitaria relacionadas, por ejemplo, en la realización de las tareas domés-

\* Maestranda en Psicología, Facultad de Ingeniería y Negocios Guadalupe Victoria, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0408-0154>

\*\* Doctora en Psicología-Neurociencias del Comportamiento. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Ingeniería y Negocios Guadalupe Victoria, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2142-9282>

ticas, en la capacidad para trabajar o estudiar y en la capacidad para iniciar o mantener relaciones estrechas dentro de la vida social.

Debido a la magnitud del problema que representa y a la necesidad de que los profesionales de la salud mental conozcan el tipo de intervenciones disponibles para atender este fenómeno, el objetivo de este capítulo es presentar una revisión de los principales tratamientos para las adicciones que se implementan en la actualidad en nuestro país.

De acuerdo con la *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco: 2016-2017* (INPRFM *et al.*, 2017), se estima que 0.6% de la población encuestada de 12 a 65 años tiene dependencia a las drogas y 9.7% de usuarios sin dependencia mantiene necesidad de tratamiento por su consumo (INPRFM *et al.*, 2017).

Por su parte, la estadística de exposición a programas de prevención estima 43.3% para 2011 y 47.1% para 2016 en población encuestada, considerando que sólo 24.4% de las personas con dependencia a las drogas han completado algún tratamiento para adicciones, mientras que 72.4% de los consumidores con dependencia sólo lo hicieron en forma parcial (INPRFM *et al.*, 2017).

Pese a estos esfuerzos, la prevalencia del consumo de drogas ilegales presentó un aumento significativo, pues pasó de 7.2 a 9.9% durante el periodo de 2011 a 2016; de igual manera para la categoría de *cualquier droga*, pasó de 7.8 a 10.3%; para mariguana, de 6 a 8.6%, y para drogas como cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y metanfetaminas, la tendencia de consumo a nivel nacional se ha mantenido estable (INPRFM *et al.*, 2017).

De acuerdo con la Comisión Nacional contra las Adicciones (2019), el Observatorio Mexicano de Drogas ha fungido como un mecanismo de información para la recolección de datos que facilitan la toma de decisiones y la creación de programas de tratamiento para el sector salud público y privado, ya que ofrece un panorama de la demanda de drogas.

Esto ha requerido la actuación coordinada de diversas instituciones que funcionan como mecanismos de atención. Por parte del sector público de salud, la Red Nacional de Atención a las Adicciones (NAA) se ha conformado por Unidades Médicas Especializadas (UNEME), Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), Centros de Integración Juvenil (CIJ), hospitales psi-

quiátricos y centros no gubernamentales (Comisión Nacional contras las Adicciones, 2021).

Para la atención por parte del sector privado de salud, la CONADIC y la Secretaría de Salud (2020) han desarrollado los estándares nacionales para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, los cuales reúnen los criterios disponibles para que asociaciones civiles y profesionales de la salud conformen los programas preventivos en diversos contextos.

### **Modelos de atención y modalidades de tratamiento en adicciones en México**

En este sentido, entenderemos como modelo de atención el conjunto de servicios que son ofrecidos por parte de una agrupación para el tratamiento en adicciones y que se clasifican por el tipo de prestador o responsable de ofrecer la atención. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 028 SSA2-2009 (NOM-028) para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, los tipos de modelos de atención se clasifican de la siguiente manera (Secretaría de Salud, 2009):

- (a) *Modelo de ayuda mutua*: aquellos servicios que son brindados por consumidores con largos periodos de abstinencia mediante programas de tratamientos de apoyo mutuo. En países como Estados Unidos la medición de la efectividad de este modelo se ha centrado en programas de doce pasos, como Alcohólicos Anónimos (AA). Al respecto algunos estudios han mostrado un porcentaje de abstinencia más alto en los participantes que seguían el programa de AA, en comparación con los participantes de programas de tratamiento más formales; sin embargo, la combinación de ambos tipos de abordaje parece la que muestra una mayor eficacia (Kelly y Yeterian, 2011; Kelly *et al.*, 2020)
- (b) *Modelo profesional*: son los servicios de atención que se brindan por parte de profesionales de la salud (médicos, psiquiatras, psicólogos, entre otros) en consulta externa, consulta de urgencias y hospitalización.



- (c) *Modelos mixtos*: aquellos que combinan la participación de profesionales de la salud y consumidores con largos periodos de abstinencia a lo largo de tratamientos de ayuda mutua, psicológica, farmacológica, médica, entre otros.

En cuanto a la estadística de los modelos de atención en adicciones a nivel nacional, se estima que 23.8% de los consumidores de droga encuestados han recibido atención profesional, 55.8% ha recibido tratamiento bajo un modelo de atención mixta y 19.3% ha recibido atención de ayuda mutua (INPRFM *et al.*, 2017).

De acuerdo con la NOM-028 (Secretaría de Salud, 2009), el tratamiento en adicciones se define como:

El conjunto de estrategias, programas y acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia. (p. 38)

Entenderemos como modelo de tratamiento al conjunto de estrategias y procedimientos terapéuticos, médicos o psicosociales que parten desde un enfoque específico para la intervención en adicciones. La RNAA presenta variaciones en función del tipo de unidad de atención en cuanto a los modelos de tratamiento, distinguiendo entre ellos el modelo de tratamiento farmacológico, de desintoxicación y abstinencia, de sustitución de opioides y el tratamiento psicológico (Comisión Nacional contras las Adicciones, 2019).

El modelo de tratamiento farmacológico se caracteriza por la utilización de fármacos para la atención de los síntomas asociados con síndrome orgánico cerebral o el cuadro psicótico concomitante, mediante unidades de consulta externa de los CIJ, hospitales psiquiátricos y consulta psiquiátrica privada (Comisión Nacional contras las Adicciones, 2019). De acuerdo con Pedrero *et al.* (2011), algunos de los fármacos utilizados dentro de este modelo son la naltrexona, la metadona (utilizada como tratamiento para el

consumo de heroína) y el disulfiram (utilizado como tratamiento para el consumo de alcohol).

Según Van Wormer y Davis (2018), el modelo de desintoxicación y abstinencia tiene como propósito principal estabilizar médicamente al paciente y reducir los síntomas de abstinencia existentes. Este tipo de modelo se ofrece en 1.72% del total de centros no gubernamentales para la atención en materia de adicciones (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2019), y se estima que 39.2% de los consumidores de drogas encuestados han recibido este modelo de tratamiento (INPRFM *et al.*, 2017).

El modelo de sustitución de opioides plantea, entre sus objetivos, detener los síntomas asociados con la intoxicación y abstinencia y minimizar la drogodependencia de opiáceos ilegales, además de reducir las muertes por sobredosis de heroína y frenar las conductas de riesgo asociadas a la transmisión de VIH/sida y hepatitis B o C (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2019). En cuanto a la estadística de este modelo de tratamiento, se estima que 7.6% de los consumidores de drogas encuestados han recibido este tipo de tratamiento en clínicas de metadona (INPRFM *et al.*, 2017).

El modelo de tratamiento psicológico mayormente se lleva a cabo con programas basados en intervenciones breves y fundamentadas en la teoría cognitivo conductual de carácter motivacional, en formato individual, grupal, familiar o de pareja (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2019). Se estima que 58% de la población que acudió a consulta debido a su consumo de drogas lo hizo por atención psicológica y 22.7% acudió a atención psicoterapéutica de forma independiente (INPRFM *et al.*, 2017).

Los modelos de tratamiento en adicciones se pueden presentar en dos modalidades: la residencial y la ambulatoria. La modalidad residencial se ofrece en establecimientos habilitados para brindar atención estructurada e intensiva durante las veinticuatro horas del día e incluye el alojamiento protegido de sus usuarios y atención médica (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2021, p. 48).

La duración de los tratamientos en la modalidad residencial va de los 30 días hasta los 6 meses y las estrategias más utilizadas en esta modalidad, desde los modelos de atención de ayuda mutua, son los programas de 12 pasos; en modelos de atención mixta destacan los modelos de comunidades

terapéuticas; en modelos de atención profesional, el modelo Minnesota (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2019).

En cuanto a la estadística por modalidades de tratamiento, se estima que 31.4% de los consumidores de droga encuestados de 12 a 65 años de edad recibió tratamiento residencial, mientras que 18.8% recibió tratamiento ambulatorio (INPRFM *et al.*, 2017).

En cuanto a las unidades que ofrecen estos tipos de modalidades de tratamiento, se estima que en 2018 se atendieron aproximadamente 168 000 personas en unidades CAPA y aproximadamente 93 151 personas (entre las que había consumidores de drogas y familiares) en los CIJ por medio de modalidad ambulatoria; mientras tanto, en las unidades de hospitalización de los CIJ se atendieron 1 820 consumidores y un promedio de 204 177 en organizaciones no gubernamentales en modalidad residencial (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2019).

## Los programas de tratamiento en adicciones en México

En México existen diversos programas de intervención para el tratamiento en adicciones diseñados para mayores de 18 años, los cuales cuentan con manuales actualizados para la aplicación de sesiones terapéuticas, entre los cuales están el Programa de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC), el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) y el Programa de Prevención de Recaídas (PPR). Todos han sido diseñados para su aplicación en los CAPA y en las UNEME (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2018).

El TBUC está dirigido a consumidores de sustancias psicoactivas, específicamente cocaína, y consta de tres etapas: admisión y evaluación (entrevista e instrumentos de medición sobre el consumo de drogas), tratamiento (ocho tópicos respecto a los cuales se sugiere bajar cada uno en una o dos sesiones de una hora aproximadamente) y seguimientos (uno al mes, a los 3 meses y a los 6 meses después del alta del paciente) (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2014).

El PSC está orientado al tratamiento de consumidores de alcohol u otras drogas. En comparación con el anterior programa, no cuenta con un orden estricto de etapas; sin embargo, sugiere la aplicación de una serie de formatos e instrumentos antes de la admisión, para valorar la viabilidad de integrar al candidato al programa, y una serie de instrumentos de auto-registro conductual, de análisis funcional de la conducta de consumo y no consumo, además de estrategias y ejercicios relacionados con las metas de vida, la <sup>67</sup>abstinencia, el entrenamiento en habilidades de comunicación, solución de problemas, habilidades sociales y recreativas, control emocional, consejo marital, búsqueda y mantenimiento de empleo y prevención de recaídas (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2014).

El PPR se basa en el modelo Marlatt y Gordon (1980 y 1985, citados en Comisión Nacional contra las Adicciones, 2014) y está dirigido a consumidores en abstinencia y consumidores activos. Mediante una sesión de admisión y evaluación, de análisis funcional de la conducta, de muestra de abstinencia, de emociones desagradables, de conflicto con otros, de presión social, de autocontrol, de necesidad física y tentación de consumo, de momentos agradables con otros, de emociones agradables, de malestar físico y sesiones de seguimiento, el PPR plantea el objetivo de educar al paciente en cuanto a que la recaída es componente de un ciclo en la rehabilitación, el cual comprende consecuencias del uso debido e indebido de estrategias de afrontamiento (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2014).

### **Eficacia de los programas de intervención en adicciones en México**

Dado que implica todo un reto el evaluar la eficacia de los programas de tratamiento en adicciones descritos anteriormente, son pocos los estudios recientes de este tipo que plantean diferentes escenarios de intervención y población en México.

Dos estudios que evaluaron la eficacia del TBUC demostraron una disminución significativa del patrón de consumo de cocaína tras la implementación del programa (Oropeza-Tena *et al.*, 2007; Oropeza-Tena *et al.*, 2008). En cuanto a estudios relacionados con este mismo tratamiento, también se

ha trabajado en identificar los factores asociados con la deserción del programa, fenómeno en el que resulta significativo el deseo de aumentar la cantidad y frecuencia de droga consumida (Alvarado *et al.*, 2007).

En cuanto al PSC, ha mostrado eficacia en la explicación del cambio hacia la abstinencia y la modificación del patrón de consumo en usuarios dependientes de sustancias (Barragán Torres *et al.*, 2007). Otro estudio que ha evaluado el PSC en un usuario de benzodiazepinas, marihuana y piedra, rehuido en un centro penitenciario, mostró una disminución significativa en el patrón de consumo tras un seguimiento de doce meses posteriores a la aplicación del programa (Castellanos, 2014). Un estudio más reciente que ha evaluado el PSC en teleterapia con consumidores de cristal ha mostrado efectos tras la aplicación del programa en la disminución de ansiedad (Barragán *et al.*, 2021).

En cuanto al PPR, son todavía pocos los estudios que han evaluado en México su eficacia. Pese a ello, un estudio que evaluó la habilidad de rehusarse al consumo crónico de alcohol y drogas reporta que la autoeficacia en el componente *presión social* es eficiente para predecir la abstinencia; además, sugiere componentes como **solución de problemas, comunicación, búsqueda de empleo, consejo marital, autocontrol emocional y metas de vida**, con el fin de que los programas de intervención sean más completos (Flores-Mares y Barragán-Torres, 2010).

## Conclusiones

En el caso específico de las adicciones existe una brecha generada por múltiples factores entre los servicios de atención a partir de los programas de tratamiento antes mencionados y la población con necesidad de atención. Se cree que existen factores socioculturales que propician un proceso de estigma de los usuarios y población que busca los servicios (Marín-Navarrete *et al.*, 2014). La forma en que este proceso de estigmatización se manifiesta se basa en la criminalización infundada por medio de discursos con poco contenido informativo y en la asociación de la conducta de consumo a representaciones como delincuencia, enfermedades y personas sin hogar (París, Pérez y Medrano, 2010).



Factores como las características propias de los consumidores (sustancias de mayor consumo, comorbilidad psiquiátrica, etc.) podrían interferir para establecer la planeación de los programas de tratamiento en adicciones, lo que implica un reto importante de abatir el desarrollo de programas de tratamiento basados en evidencia científica que responda a las necesidades específicas de la población consumidora (Marín-Navarrete *et al.*, 2014; Rojas *et al.*, 2011).

Dada la poca literatura reportada en relación con estudios de eficacia y efectividades de los programas de tratamiento vigentes en México, resulta también un reto prioritario generar estudios que permitan aportar evidencia sólida, con el fin de aprovechar los recursos invertidos en ello (Marín-Navarrete *et al.*, 2014; Rojas *et al.*, 2011).

En cuanto a los programas de prevención en adicciones, algunos estudios que los han analizado desde las perspectivas de los prestadores de servicios de tratamiento han sugerido la importancia de incorporar elementos como el entrenamiento del control de impulsos y el fomento de estilos de vida saludable, así como el trabajo conjunto con padres de familia o responsables de menores con factores de riesgo latentes para el consumo de drogas (Valadez-García *et al.*, 2018).

Por parte de las campañas de información en materia de adicciones, el trabajo se ha destinado a difundir las políticas de prohibición del consumo de drogas, lo que, por ende, también promueve el proceso de criminalización antes mencionado; sin embargo, se cree que esto se podría contrarrestarse con la generación y difusión de evidencia científica que sustente los problemas verdaderos del consumo de drogas en México (Pérez y Mejía, 2021).

**63*****Conflicto de intereses***

Los autores declaran no tener conflicto de intereses durante la realización de este trabajo.

## Financiamiento

87

Se agradece al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (Conahcyt) por la beca número 2021-000018-02NACF-18828 otorgada para la realización de estudios de posgrado.

## Referencias

- Alvarado, J. E., Sierra, A. V., y Tena, R. O. (2007). Factores asociados a la deserción en un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *EN-CLAVES del pensamiento*, 1(2), 117-131. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3173659.pdf>
- Barragán, L., Casas, y Viruega (2021). *Implementación del programa de satisfactores cotidianos vía teleterapia en un caso con consumo de cristal*. México: Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez / Posgrado UNAM. [https://uned.mx/wp-content/uploads/2021/10/P2.2.\\_Implementacion-del-programa-de-satisfactores-cotidianos-via-teleterapia-en-un-caso-con-consumo-de-cristal\\_Barragan\\_Casas\\_Viruega.pdf](https://uned.mx/wp-content/uploads/2021/10/P2.2._Implementacion-del-programa-de-satisfactores-cotidianos-via-teleterapia-en-un-caso-con-consumo-de-cristal_Barragan_Casas_Viruega.pdf)
- , Flores Ángeles, A., Hernández, L., Ramírez, C., Ramírez, N., y Pérez, N. (2014). *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas*. México: Secretaría de Salud / Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones.
- , Flores, M., Medina-Mora, M. E., y Ayala, H. (2007). Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Salud mental*, 30(3), 29-38. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252007000300029&lng=es&tlng=e](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252007000300029&lng=es&tlng=e)
- , Flores, M., Ramírez, A., y Ramírez, C. (2014). *Manual del Programa de Prevención de Recaídas*. México: Secretaría de Salud / Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones.
- , Ramírez, C., Medina-Mora, M. E., Reidl-Martínez, L., y Ramírez, N. (2009). Programa de satisfactores cotidianos para dependientes de alcohol y otras drogas, *Anuario de Investigación en Adicciones*, 9(1), [http://www.cucs.udg.mx/avisos/Anuarios\\_17-02-09/index.htm](http://www.cucs.udg.mx/avisos/Anuarios_17-02-09/index.htm)
- Castellanos, G. (2014). Programa de Satisfactores Cotidianos: Un estudio de caso para tratar la adicción en prisión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(4), 1597-1621.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (2018). *Programas de Intervención*. México: Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/programas-de-intervencion-160730>
- (2019). *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México*. México: Go-

## 13. Emociones y masculinidades: afectaciones en hombres del Valle de Mexicali

NAHOMI YADIRANI PATIÑO GARCÍA\*  
JOAQUÍN ALBERTO PADILLA BAUTISTA\*\*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.154.13>

### Resumen

Esta investigación busca identificar los aspectos en la vida de los hombres que se ven afectados debido a la represión emocional impuesta socialmente como un mandato de la masculinidad, con intención de aportar evidencia que propicie el diseño de un programa de intervención orientado a la deconstrucción del modelo tradicional de masculinidad. Como método se empleó un enfoque cualitativo mediante la realización de un análisis de contenido. Los participantes fueron 140 personas con edades entre 18 y 50 años, una media de 22. En cuanto a los resultados, en total se codificaron 331 respuestas, de las cuales 218 fueron expresadas por mujeres y 113 por hombres, de manera que se obtuvieron 33 códigos agrupados en cuatro dimensiones o categorías: *afectaciones centradas en la persona, las relaciones, las emociones y físico/ cuerpo*. Respecto a la discusión, los resultados permiten conocer los aspectos y áreas afectadas en la vida de los hombres como consecuencia de la represión emocional; además, sirven como indicadores en la creación de propuestas de intervención para abordar el problema de la represión emocional y sus consecuencias manifestadas en estas dimensiones.

**Palabras clave:** *masculinidad, emociones, género, represión.*

\* Maestra en Psicología, Facultad de Ingeniería y Negocios Guadalupe Victoria, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5338-4285>

\*\* Doctor en Psicología. Profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Ingeniería y Negocios Guadalupe Victoria, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2159-7286>

A inicios del siglo xx cuestionar porqué las mujeres estaban conferidas a las tareas domésticas no era prioritario, menos aún cuestionar la posición del hombre, dado que las funciones de género estaban establecidas por algunas instituciones sociales, como la iglesia o la escuela (Forero y Yadira, 2015).

Fue a finales del siglo pasado cuando la posición del hombre empezó a focalizarse como objeto de estudio. En la década de 1970 empezaron los llamados *Men studies* en las universidades estadounidenses (Hernández, 2008; Minello, 2002; Núñez, 2016; Viveros, 1997) como resultado de los estudios feministas de la década anterior, que, entre otras cosas, hicieron cuestionar el papel del hombre en la vida pública y privada.

Sin embargo, la consolidación e institucionalización de los estudios de perspectiva de género de los varones y el estudio de las masculinidades no se dieron de manera automática. Algunos factores a los que obedeció esto son la falta de un movimiento social, la reciente creación de este campo de estudio, que necesita aun comprobar su importancia social, y la resistencia feminista a compartir espacios y recursos en estos ámbitos (Núñez, 2016).

De acuerdo con Viveros (1997), en América Latina los primeros estudios se orientaban al análisis del machismo, investigaciones sobre grupos domésticos o procesos de socialización de infantes en diferentes contextos sociales. También menciona la que es conocida como *crisis de la masculinidad*, que tiene su base en cambios sociales y económicos de la época y en el movimiento social de las mujeres en sus distintas luchas, por lo cual los estudios contemporáneos de masculinidades se ubican en un contexto de constantes transformaciones sociales.

La construcción de la masculinidad es uno de los temas que interesan a esta investigación, y resulta importante tener en cuenta lo propuesto por Bourdieu (2000) referente al sumo cuidado con el que deben realizarse los estudios sobre las masculinidades, ya que se puede caer en el error de apreciarlas desde el mismo orden de ideas de dominación masculina dado que estamos dentro de las estructuras sociales que así lo sostienen. Kimmel (1997) explica, además, que históricamente el conocimiento de lo que es ser hombre ha sido construido socialmente en oposición a otros grupos entre los que están mayoritariamente las mujeres. “Es durante este proceso de



conocimiento y cuestionamiento de la posición que la mujer ocupaba en el orden social que aparece el concepto de género” (López, 2008, p. 2).

El género es un concepto acerca de lo que significa ser hombre o mujer en un contexto social específico, compuesto por características biológicas de los individuos y cuestiones de índole cultural y social (López, 2008). “El género es un constructo sociocultural que se basa en las diferencias biológicas y físicas, es decir, en el sexo; hay que tener presente que sexo y género se superponen pero no son sinónimos” (Barrón, 2004, p. 5).

Entre los contextos que construyen la identidad de género están la familia, la escuela, los medios masivos de comunicación, la religión, entre muchos otros (Barrón, 2004). Desde que una persona nace, los padres tienen expectativas en función de si es niño o niña, de cómo se comportará, qué hará, cómo vestirá, con qué jugará y cómo será. A las niñas se les prepara para su vida adulta en el hogar, se les enseña a ser cooperativas; en cambio, a los niños se les enseña a ser toscos, reprimir sus emociones y a ser competitivos (Barrón, 2004).

Por lo tanto, podemos entender que “[...] los individuos nacen sexuales, pero no generizados: son informados por la sociedad sobre cómo hombres y mujeres deben actuar apropiadamente. En otras palabras, aprenden *prácticas generizadas*” (López, 2008, p. 2). Aunque existe cierto consenso sobre los atributos y los papeles esperables para los hombres en la cultura occidental contemporánea, no hay un acuerdo en relación con la etiología de estos atributos ni tampoco sobre sus efectos en la vida de los hombres y de las mujeres (Faur, 2004).

Connell (2015) define la masculinidad como “Un lugar en las relaciones de género, en las prácticas a través de las cuales los hombres y las mujeres ocupan ese espacio en el género, y en los efectos de dichas prácticas en la experiencia corporal, la personalidad y la cultura” (p. 109). Las construcciones culturales para los hombres influyen en las mujeres y viceversa, ya que las relaciones de género y las formas en que se ha configurado lo masculino y lo femenino abarcan todas y cada una de las esferas de vida del ser humano (Ayala-Carrillo, 2007).

Dentro de una sociedad que basa sus relaciones en la dominación del género masculino sobre las mujeres (Martín, 2021), es decir, patriarcal, y donde rigen patrones asociados con la heterosexualidad (Sánchez, 2019),



es decir, con la heteronormativa, a la mujer se le estereotipa como afectiva y al hombre como racional, con lo que se priva al hombre de desarrollar su afectividad y se coloca a la mujer como un individuo irracional (Olarte, 2016). El concepto de afectividad se ve inter<sup>33</sup>do por estados y expresiones anímicas en que las personas se involucran en una relación consigo mismas y su ambiente: es el vínculo entre personas cargado de sentimiento y emoción (León y Montenegro, 1998, citado en Olarte, 2016, p. 28).

De acuerdo con Enríquez-Rosas y López-Sánchez (2019), “las emociones han sido, por mucho tiempo, un campo de disputa para los hombres, y permitir que una emoción se exprese, dejar que se desborde en un cuerpo masculino, constituye en lo social un signo de debilidad, siendo asumido como pérdida de valor de la imagen masculina de seguridad–fortaleza e invulnerabilidad”. Además,

Martínez-Munguía (2013) afirma que el hecho de que los hombres no expresen sus sentimientos generalmente se toma como algo intrascendente, como si sólo fuera de la incumbencia de quien lo padece o un problema de adaptación subjetiva que debe arreglarse en lo personal. Sin embargo, consideramos que éste puede ser el origen de una serie de problemas de mayor importancia. De entrada, pueden enunciarse tres aspectos: altos índices de violencia (Burin y Meler, 2000), inequidad de género, y algunas conductas de riesgo para la salud. (Sabo, 2000) (Enríquez-Rosas y López-Sánchez, p. 177)

Lo anterior posiciona la no expresión emocional masculina como un factor de suma relevancia en problemáticas sociales.

Por tanto, el objetivo de este estudio fue identificar los aspectos en la vida de los hombres que se ven afectados debido a la represión emocional impuesta socialmente como un mandato de la masculinidad. De esta forma, se busca estar insertos en un flujo de convivencia donde los hombres no habrán de mutilarse emocionalmente y serán libres de expresar cómo se sienten, sin miedo a ser insultados o humillados en público (Herrera, 2019). Con todo ello se espera contribuir al incremento del acervo de investigaciones de género en el norte de México.

## **Método**

### ***Diseño del estudio***

Se trató de un estudio de tipo exploratorio, transversal, no intervencionista, con una muestra no probabilística por conveniencia y un alcance de investigación descriptivo y de enfoque cualitativo mediante un análisis de contenido (Clark-Carter, 2019)

### ***Participantes***

La muestra estuvo conformada por 140 personas: 45 (32%) reportaron ser hombres y 95 (68%) mujeres, con edades entre 18 y 50 años y una media de 22 años.

En su escolaridad, 26 de ellos (18.6%) contaban con secundaria completa, 100 (71.4%) tenían educación técnica o bachillerato y 9 (6.4%) habían estudiado una licenciatura completa. Además de ello, 100 (71.4%) refirieron estar en soltería, 15 (10.7%) en matrimonio y 16 (11.4%) en unión libre. Todos fueron habitantes de la Zona Valle de Mexicali, B. C., conformada por ejidos y poblados como Ejido Durango, Oviedo Mota, Reacomodo, Colonia Carranza, Ciudad Coahuila km 57, Guadalupe Victoria km 43, Ejido Veracruz 2, entre otros.

Se decidió hacer una aplicación a ambos sexos, ya que el género está determinado por la cultura y sociedad en relación con las características biológicas, la cual que crea y ejerce los mandatos establecidos para cada género (Padilla-Bautista, Díaz-Loving y Reyes-Lagunes, 2013); por lo tanto, estas reglas establecidas para cada género son mantenidas y fomentadas por hombres y por mujeres.

## Instrumentos

Para medir las afectaciones emocionales se empleó un cuestionario con los siguientes reactivos: “¿Consideras que los hombres tienen represiones emocionales?”, “¿Por qué?”, “Si consideras que existe represión emocional, ¿qué esferas / aspectos de la vida de los hombres crees que se ven afectadas?” y “Menciona algunos ejemplos de cómo los hombres se ven afectados”. Estas preguntas piloteadas previamente ofrecen información sobre las normas y creencias de cómo debe comportarse un hombre, las cuales forman parte, a su vez, de las representaciones de la masculinidad tradicional. Respecto a los datos generales del participante, se solicitó su sexo, edad, escolaridad y ocupación.

## Procedimiento

Las preguntas se hicieron mediante formularios de Google, que fue compartido por medio de redes sociales como Facebook, Whatsapp y Messenger, con una explicación previa de que se trataba de una investigación realizada por la Universidad Autónoma de Baja California. Todos los participantes contestaron de manera voluntaria, manifestando su consentimiento y declarando ser mayores de 18 años.

## Análisis de datos

Las respuestas se recuperaron y analizaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel. Se llevó a cabo el análisis cualitativo de contenido siguiendo la metodología propuesta por Cáceres (2003). Las unidades de análisis utilizadas fueron de base gramatical: vocablos o palabras identificados en respuestas, entre los que destacan: *estrés, ansiedad, depresión, enfermedades y malestares*. Otra unidad de análisis fueron las frases, entendidas como un conjunto de palabras reunidas gramaticalmente, como en el caso de *Pueden perder el ánimo de convivir con sus seres queridos, No pueden tener la relación*

*adecuada con sus familiares, amigos o parejas o En una relación por no poder comunicar al 100% cómo se sienten.*

Una vez determinadas las unidades de análisis, se establecieron las reglas de análisis y los códigos de clasificación. En la tabla 1 se muestran los 33 códigos obtenidos y las unidades de análisis que los componen. Estos códigos agrupan las respuestas de los reactivos “¿Qué esferas/ aspectos de la vida de los hombres crees que se ven afectadas?” y “Menciona algunos ejemplos de cómo los hombres se ven afectados”.

Tabla 13.1. Libro de códigos obtenidos en el análisis de contenido, junto con las unidades de análisis que los componen

<b>Código</b>	<b>Definición</b>
1. Salud física	Se incluyen respuestas que hacen referencia a aspectos físicos, daño o problemas en la salud física, como dolores de cabeza o estomacales, insomnio o algunas otras enfermedades y malestares asociados con su estado físico o que afectan al cuerpo.
2. Gestión emocional	Las respuestas incluidas en este código hacen referencia al inadecuado manejo emocional; al bajo nivel de tolerancia que lleva a explosiones de ira en cuestión de palabras, por algún comentario o situación; a actos violentos, ofensivos o simplemente desfavorables por el hecho de no saber cómo expresar sus emociones. Se incluyen cuestiones emocionales y aspectos sentimentales que impactan en la estabilidad emocional; por ejemplo, querer llorar y no hacerlo, presentar frustración intensa, no poder expresarse como se desea, la despedida de un familiar muy cercano o experimentar ira o tristeza con el surgimiento de problemas. Se agrupan respuestas que indican facilidad o propensión a molestar, desgaste emocional, inadecuado proceso de duelo, poco o nulo control de impulsos, retención del enojo y afectaciones en la manera de actuar frente a las adversidades.
3. Vínculos afectivos	Se incluye lo referente a la vida de pareja, relaciones amorosas, relaciones sentimentales, conciliación y la presencia de respuestas que indican nula responsabilidad afectiva.
4. Comunicación	Se incluyen respuestas que hacen referencia a la forma de expresarse, a la evitación o libertad para hablar de cómo piensan y se sienten, a la conducta de ocultar sus sentimientos, al diálogo y a no poder comunicar al cien por ciento cómo se sienten.

<b>Código</b>	<b>Definición</b>
5. Violencia	Este código refiere respuestas que indican la presencia de actos violentos, de recurrir a la violencia o al machismo.
6. Trabajo	Los indicadores que se agrupan en este código son los relacionados con el rendimiento laboral, empleo y relaciones entre compañeros de trabajo.
7. Discriminación y acoso	Se incluyen respuestas como sensación de menosprecio, inconformidad con su presencia, burlas, carrilla, la creencia de que se les caracteriza como tóxicos; en algunos casos son discriminados y víctimas de acoso.
8. Relaciones sociales	Este código agrupa respuestas que hacen referencia a la convivencia con gente de su alrededor y en el entorno social y a la manera en que se involucran en la sociedad, así como el trato de la sociedad misma.
9. No sé	Se incluyen indicadores de tipo "No sé" o que refieran la falta de conocimiento sobre lo mencionado.
10. Quizá	Se refiere al estado dubitativo. Son indicadores de posible desconocimiento, sin la seguridad para dar una respuesta negativa o de noción del tema, pero al mismo tiempo sin la seguridad para afirmar.
11. Empatía y solidaridad	Se incluyen respuestas referentes a la habilidad para poder empatizar con la gente y ser solidario y a la creencia de presentar menor empatía en situaciones delicadas.
12. Adaptación	Refiere únicamente a la habilidad para poder adaptarse.
13. Familia	Las respuestas incluidas son mala relación en la familia o en casa.
14. Depresión, estado emocional	Se incluye lo relacionado con en el estado de ánimo y respuestas que indican la posibilidad de padecer episodios de depresión, tener mal humor, estar triste y negativo.
15. Sexual	Este código incluye lo referente a la sexualidad o vida sexual.
16. No, ninguna, no hay, no existe	Se agrupan respuestas de tipo "No considero que sea así", "No creo que sea verdad", "No lo veo así", "No creo que exista eso", las cuales refieren que los hombres <i>no</i> tienen represiones emocionales.
17. Indiferencia y daño	Se incluyen respuestas que indican indiferencia hacia ellos mismos, lincluidas astimar su cuerpo y provocarse daño psicológico.
18. Ignorancia emocional	Hace referencia a no saber cómo expresar las emociones debido a la falta de recursos o herramientas psicológicas.



<i>Código</i>	<i>Definición</i>
19. Todos los aspectos/áreas	Este código incluye respuestas de tipo "Todos en general" y "Es un problema en todos los aspectos", las cuales señalan la existencia de consecuencias en todas las áreas de la vida de una persona.
20. Forma de pensar	Refiere el impacto de la represión emocional en la forma de pensar y en las opiniones hacia los demás. Se menciona que se ve la vida de otra manera.
21. Relaciones interpersonales	Se incluye lo relacionado con las relaciones interpersonales, por ejemplo las amistades.
22. Vida diaria, desarrollo personal	Hace referencia a aspectos diarios de la vida, aquellos que se viven día a día, a la vida personal de cada individuo, a su persona y su rutina diaria, así como al impacto en su forma de ser, su conducta, actitudes, manera de comportarse, cómo manejen su vida, sus gustos o las cosas que les gusta hacer. En específico se menciona la consecuencia de no concentrarse en sus metas.
23. Salud mental y problemas psicológicos	Se agrupan respuestas como "Consecuencias en la salud mental", "Se estresan más", "Tienden a enfermar su mente", "Se sienten mal" o "Afectados psicológicamente; ansiedad".
24. Aislamiento, desconfianza	Los indicadores que se agrupan son las variables de aislamiento y poca sinceridad o falta de confianza.
25. Autoconcepto, autoestima	Se incluyen respuestas relacionadas con el autoconcepto y la baja autoestima.
26. Academia	Este código se refiere a lo relacionado con la vida académica y el desempeño en los estudios o educación.
27. Inseguridad	Se hace referencia a la falta de seguridad en sí mismo o para hacer ciertas cosas.
28. Poder	Se incluye la respuesta poder como un ejemplo de cómo los hombres se ven afectados por la represión emocional.
29. Religión	Se refiere a la variable de la religión, entendida como un área en la vida de los individuos que se ve afectada por la represión emocional.
30. Deporte	Incluye lo referente al deporte, como puede ser el rendimiento o desempeño deportivo.
31. Espiritualidad	Hace referencia al aspecto espiritual de las personas.
32. Adicciones	Se incluye la variable adicciones, así como los daños derivados de éstas.
33. Carácter	Refiere lo relacionado con el carácter y temperamento.

Durante el proceso de análisis se observó que las respuestas brindadas por los participantes contenían más de una unidad de análisis y, por lo tanto, también más de un código. En la tabla 13.2 se muestran ejemplos de respuestas brindadas por hombres y mujeres a las preguntas expuestas en la encuesta, así como la codificación asignada a cada una. Esta regla de codificación se siguió para todas las respuestas brindadas.

Tabla 13.2. Clasificación de respuestas brindadas por hombres y mujeres sobre la represión emocional en hombres

	<i>Sexo de quien respondió</i>	<i>¿Consideras que los hombres tienen represiones emocionales? ¿Por qué?</i>	<i>¿Qué esferas / aspectos de la vida de los hombres crees que se ven afectados?</i>	<i>Menciona algunos ejemplos de cómo los hombres se ven afectados:</i>
Ejemplo 1	Hombre	Un hombre no es naturalmente expresivo; sumándole el peso de la sociedad, existe esa barrera emocional.	Las relaciones, la comunicación familiar, las amistades.	En la libertad de hablar sobre su pensar y sentir con sus familias.
Códigos asignados al ejemplo 1			4. Comunicación, 21. Relaciones interpersonales, 13. Familia, 3. Vínculos afectivos	4. Comunicación, 2. Gestión emocional
Ejemplo 2	Hombre	Depende del caso, pero mayormente los hombres tendemos a ser menos demostrativos; puede ser por la sociedad o la familia.	Relaciones afectivas, profesionales y personales	Pueden explotar y afectar a otros
Códigos asignados al ejemplo 2			3. Vínculos afectivos, 6. Trabajo, 22. Vida diaria, desarrollo personal	2. Gestión emocional

Ejemplo 3	Mujer	Porque tienen sentimientos	En la confianza	En su estado emocional, la confianza o, cuando tienen algún problema, pueden manejar ira o tristeza
Códigos asignados al ejemplo 3			24. Aislamiento, desconfianza	14. Depresión, estado emocional 2. Gestión emocional
Ejemplo 4	Mujer	Porque también pueden tener cambios emocionales	Área familiar, personal y social	Pueden perder el ánimo de poder convivir con sus seres queridos
Códigos asignados al ejemplo 4			13. Familia, 22. Vida diaria, desarrollo personal 8. Relaciones sociales	21. Relaciones interpersonales, 14. Depresión, estado emocional

Nota: Los números que se antepone en los códigos indican la numeración asignada a cada uno en el libro de códigos.

Con el propósito de evitar sesgos por parte del investigador en la codificación, se trabajaron las respuestas sin separar por sexo y ocultando la columna que hacía referencia éste, con lo que no se podía ver, al clasificar las respuestas, si correspondía a un hombre o a una mujer. Una vez codificadas todas las respuestas, se continuó con la segmentación por sexo.

## Resultados

En las respuestas a la pregunta de investigación “¿Qué aspectos en la vida de los hombres se ven afectados debido a la represión emocional?”, primeramente se observó que 113 (80.7%) participantes consideran que los hombres tienen represiones emocionales, 21 (15%) consideran que no y el resto (4.3%) no sabe. Respecto a las preguntas del instrumento, se crearon 33 códigos, agrupando las respuestas según su relación. En la tabla 13.3 se muestran las frecuencias obtenidas en cada uno de los códigos según el sexo.

Tabla 13.3. Frecuencias de las afectaciones expresadas en el cuestionario

<i>Códigos</i>	<i>Dicho por hombres</i>	<i>Dicho por mujeres</i>	<i>Total</i>
Academia	1	1	2
Adaptación	0	1	1
Adicciones	0	1	1
Aislamiento, desconfianza	1	1	2
Autoconcepto, autoestima	2	2	4
Carácter	1	1	2
Comunicación	3	12	15
Deporte	1	0	1
Depresión, estado emocional	3	13	16
Discriminación y acoso	2	4	6
Empatía y solidaridad	1	3	4
Espiritualidad	1	0	1
Familia	14	16	30
Forma de pensar	1	2	3
Gestión emocional	16	27	43
Ignorancia emocional	0	1	1
Indiferencia y daño	1	3	4
Inseguridad	2	1	3
No sé	3	6	9
No, ninguna, no hay, no existe	3	7	10
Poder	1	0	1
Quizá	1	1	2
Relaciones interpersonales	3	10	13
Relaciones sociales	8	16	24
Religión	1	0	1
Salud física	4	9	13
Salud mental y problemas psicológicos	7	15	22
Sexual	1	0	1
Todos los aspectos / áreas	1	8	9
Trabajo	9	9	18
Vida diaria, desarrollo personal	5	15	20
Vínculos afectivos	15	31	46
Violencia	1	2	3
<b>Total general</b>	<b>113</b>	<b>218</b>	<b>331</b>

De forma general se puede observar que las respuestas se concentran en seis códigos mayoritariamente. Inicia el de *Vínculos afectivos* con una

frecuencia de 46 respuestas y luego está *Gestión emocional* con 43; posteriormente vienen *Familia* con 30, *Relaciones sociales* con 24, *Salud mental y problemas psicológicos* con 22 y *Vida diaria, desarrollo personal* con 20. En total se codificaron 331 respuestas, de las cuales 218 fueron expresadas por mujeres y 113 por hombres.

Los códigos expresados mayoritariamente por los hombres fueron *Gestión emocional*, con una frecuencia de 16 respuestas; *Vínculos afectivos* con una frecuencia de 15, y *Familia*, con una frecuencia de 14 respuestas. Los códigos expresados por las mujeres, al igual que por los hombres, fueron *Vínculos afectivos*, con 31 respuestas; *Gestión emocional*, con 27, y *Familia*, con 16. Pero, a diferencia de ellos, se obtuvieron frecuencias altas en los códigos *Relaciones sociales*, con 16; *Vida diaria, desarrollo personal*, con 15; *Salud mental y problemas psicológicos*, con 15, y *Depresión, estado emocional*, con 13, expresados mayoritariamente por mujeres.

Cabe también mencionar que se encontraron códigos expresados únicamente por hombres, como *Deporte, Espiritualidad, Poder, Religión y Sexual*, y otros únicamente por mujeres: *Adaptación, Adicciones e Ignorancia emocional*.

Con base en esto, se han creado cuatro dimensiones o categorías que agrupan de manera distinta las afectaciones (expresadas en códigos), nombradas afectaciones centradas *en la persona, en las relaciones, en las emociones y en el físico / cuerpo*. Estas dimensiones no incorporan afectaciones de manera exclusiva, ya que éstas pueden ser multidimensionales al tener repercusión en más de una categoría. Esto se puede observar en la tabla 13.4.

## Discusión

Se puede apreciar, en el discurso de los participantes, la presencia de mandatos culturales y sociales para cada género según su sexo (Padilla-Bautista, Díaz-Loving y Reyes-Lagunes, 2013), los cuales forman parte de la realidad social y conllevan una serie de normas, creencias y conductas acerca de cómo debe comportarse un hombre. En esto prevalece el discurso de que *expresarse es señal de debilidad y que los hombres son fuertes y no lloran*, lo cual sostiene lo antes dicho por Olarte (2016) acerca de que, dentro de una



sociedad patriarcal y heteronormativa, al hombre se le estereotipa como racional y se le priva de desarrollar su afectividad.

Tabla 13.4. *Categorías multidimensionales de las afectaciones emocionales*

	<i>Físico/cuerpo</i>	<i>Emocional</i>	<i>Personal</i>	<i>Relacional</i>
Físico/ cuerpo				
Emocional	Indiferencia y daño (17).	Aislamiento, desconfianza (24), Gestión emocional (2), Adaptación (12), Depresión, estado emocional (14), Ignorancia emocional (18), Salud mental y problemas psicológicos (23).	Forma de pensar (20), Vida diaria, desarrollo personal (22), Autoconcepto, autoestima (25), Academia (26), Inseguridad (27), Espiritual (31).	
Personal	Indiferencia y daño (17), Sexual (15), Adicciones (32), Deporte (30), Salud física (1).			Vínculos afectivos (3), Comunicación (4), Discriminación y acoso (7), Relaciones sociales (8), Familia (13), Relaciones interpersonales (21), Poder (28), Religión (29).
Relacional	Sexual (15), Adicciones (32), Deporte (30), Violencia (5).	Aislamiento, desconfianza (24), Empatía y solidaridad (11), Gestión emocional (2).	Trabajo (6)	

Nota: Los números entre paréntesis indican la numeración asignada a éstos en el libro de códigos.

A partir de los resultados obtenidos, se concluye que existen afectaciones percibidas como consecuencia de la represión emocional que viven los hombres, y mantener estos estereotipos e ideología “provoca, por un lado, la permanencia de un modelo hegemónico entre quienes reproducen tales mandatos, y por otro, la experimentación de malestar entre los hombres que se sienten obligados a cumplir con las expectativas marcadas para el género

masculino” (Olarte, 2017, p. 47), lo que enfatiza la importancia de considerar el género y, en particular, la masculinidad como factores en el bienestar emocional de los hombres y de las personas con las que interactúa (Tovar-Hernández, 2012).

Estos resultados permiten conocer los aspectos y áreas afectadas en la vida de los hombres como consecuencia de la represión emocional, a la vez que posicionan la masculinidad tradicional como promotora de afectaciones emocionales y abren la posibilidad de profundizar más en los descubrimientos, ya que cada una de las afectaciones tiene distintas formas de manifestación, las cuales, por lo tanto, se ven reflejadas en diversas áreas, cada una con su nivel de complejidad. Además, sirven como indicadores en la creación de propuestas de intervención para abordar el problema de la represión emocional y sus consecuencias manifestadas en estas dimensiones.

### Limitaciones

Se debe tomar en cuenta que esta aplicación se realizó mediante autorreporte sobre un tema que tiene una constante negación por parte de los hombres y, si bien se contó con respuestas de mujeres, existe la posibilidad de que haya dimensiones que no se pudieron recuperar con el método empleado.

### Referencias

- Ayala-Carrillo, M. del R. (2007). Masculinidades en el campo. *Ra Ximhai*, 3, 739–761.
- Barrón Mora, J. Z. (2004). *Expresión de sentimientos en el género masculino*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 11, 53–82.
- Clark-Carter, D. (2019). *Quantitative Psychological Research*. Londres: Routledge.
- Connell, R. (2015). *Maculindades*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Enríquez-Rosas, R., y López-Sánchez, O. (2019). *Masculinidades, familias y comunidades afectivas*. México: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente / Universidad Nacional Autónoma de México.

# Intervención psicológica desde la frontera norte de México

INFORME DE ORIGINALIDAD

# 12%

ÍNDICE DE SIMILITUD

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://repositorioinstitucional.uabc.mx">repositorioinstitucional.uabc.mx</a> Internet	3282 palabras — 6%
2	<a href="http://comunicacion-cientifica.com">comunicacion-cientifica.com</a> Internet	382 palabras — 1%
3	<a href="http://rperiplo.uaemex.mx">rperiplo.uaemex.mx</a> Internet	177 palabras — < 1%
4	<a href="http://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Internet	173 palabras — < 1%
5	<a href="http://apoyandofamilias.wordpress.com">apoyandofamilias.wordpress.com</a> Internet	151 palabras — < 1%
6	<a href="http://www.zaragoza.unam.mx">www.zaragoza.unam.mx</a> Internet	102 palabras — < 1%
7	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Internet	100 palabras — < 1%
8	<a href="http://www.revistauaricha.umich.mx">www.revistauaricha.umich.mx</a> Internet	98 palabras — < 1%
9	<a href="http://www.dspace.uce.edu.ec">www.dspace.uce.edu.ec</a> Internet	86 palabras — < 1%
10	<a href="http://www.congresobc.gob.mx">www.congresobc.gob.mx</a> Internet	83 palabras — < 1%
11	<a href="http://repository.ucc.edu.co">repository.ucc.edu.co</a>	

Internet

71 palabras — < 1%

12 [www.colpsic.org.co](http://www.colpsic.org.co)  
Internet

68 palabras — < 1%

13 [www-dweb-cors.dev.archive.org](http://www-dweb-cors.dev.archive.org)  
Internet

65 palabras — < 1%

14 [revistas.usb.edu.co](http://revistas.usb.edu.co)  
Internet

63 palabras — < 1%

15 [es.scribd.com](http://es.scribd.com)  
Internet

58 palabras — < 1%

16 [www.intranet.cij.gob.mx](http://www.intranet.cij.gob.mx)  
Internet

54 palabras — < 1%

17 [www.youestateinthesun.com](http://www.youestateinthesun.com)  
Internet

54 palabras — < 1%

18 [hdl.handle.net](http://hdl.handle.net)  
Internet

48 palabras — < 1%

19 [www.gob.mx](http://www.gob.mx)  
Internet

48 palabras — < 1%

20 [aprenderacrecer.cl](http://aprenderacrecer.cl)  
Internet

41 palabras — < 1%

21 [www.unodc.org](http://www.unodc.org)  
Internet

41 palabras — < 1%

22 [archive.org](http://archive.org)  
Internet

40 palabras — < 1%

23 [ezponjooziitooz505.blogspot.com](http://ezponjooziitooz505.blogspot.com)  
Internet

39 palabras — < 1%

24 [www.studocu.com](http://www.studocu.com)

	Internet	38 palabras — < 1%
25	<a href="#">documentop.com</a> Internet	34 palabras — < 1%
26	<a href="#">d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net</a> Internet	32 palabras — < 1%
27	<a href="#">Inu.diva-portal.org</a> Internet	32 palabras — < 1%
28	<a href="#">listindiario.com</a> Internet	30 palabras — < 1%
29	H. Herrero Sanz, S. Caserío Carbonero, M.A. Morante Santana, M.A. Montero Martín, J. De La Cruz Bértolo, C.R. Pallás Alonso. "Estudio de los niveles de ansiedad en los profesionales de una unidad neonatal", <i>Anales de Pediatría</i> , 2012 Crossref	29 palabras — < 1%
30	<a href="#">buleria.unileon.es</a> Internet	29 palabras — < 1%
31	<a href="#">repositorio.ucv.edu.pe</a> Internet	29 palabras — < 1%
32	<a href="#">es.slideshare.net</a> Internet	28 palabras — < 1%
33	<a href="#">revistas.ujat.mx</a> Internet	28 palabras — < 1%
34	Dina Lizbeth Aparicio Jurado, Gareth Del Castillo Estrada. "Inteligencia emocional y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis de un hospital de la ciudad del Cusco", <i>Revista Colombiana de Nefrología</i> , 2023 Crossref	27 palabras — < 1%



35	<a href="http://biblioteca.uajms.edu.bo">biblioteca.uajms.edu.bo</a> Internet	27 palabras — < 1%
36	<a href="http://repositorio.tec.mx">repositorio.tec.mx</a> Internet	27 palabras — < 1%
37	<a href="http://www.scielo.org.mx">www.scielo.org.mx</a> Internet	26 palabras — < 1%
38	<a href="http://vdocumento.com">vdocumento.com</a> Internet	25 palabras — < 1%
39	<a href="http://www.mdpi.com">www.mdpi.com</a> Internet	24 palabras — < 1%
40	<a href="http://backend.aprende.sep.gob.mx">backend.aprende.sep.gob.mx</a> Internet	23 palabras — < 1%
41	<a href="http://www.scielo.br">www.scielo.br</a> Internet	23 palabras — < 1%
42	<a href="http://revistas.usantotomas.edu.co">revistas.usantotomas.edu.co</a> Internet	22 palabras — < 1%
43	<a href="http://admin.lasillarota.editor80.com">admin.lasillarota.editor80.com</a> Internet	21 palabras — < 1%
44	Inge Axpe, Lorena Revuelta. "Intervención cognitiva y autoconcepto físico / Cognitive Intervention and Physical-Self Concept", Revista Internacional de Educación y Aprendizaje, 2013 Crossref	20 palabras — < 1%
45	<a href="http://csdtroncosobello.com">csdtroncosobello.com</a> Internet	20 palabras — < 1%
46	<a href="http://haikita.blogspot.com">haikita.blogspot.com</a> Internet	20 palabras — < 1%

47	<a href="http://www.baua.de">www.baua.de</a> Internet	20 palabras — < 1%
48	<a href="http://www.derechopenalenlared.com">www.derechopenalenlared.com</a> Internet	20 palabras — < 1%
49	Nieves Lugo, Karen. "Para toda la vida: Modelo de creencias de salud y adherencia al tratamiento para el VIH", Proquest, 20111109 ProQuest	19 palabras — < 1%
50	<a href="http://repository.unipiloto.edu.co">repository.unipiloto.edu.co</a> Internet	19 palabras — < 1%
51	<a href="http://www.altonivel.com.mx">www.altonivel.com.mx</a> Internet	19 palabras — < 1%
52	<a href="http://comunicacionsocial.diputados.gob.mx">comunicacionsocial.diputados.gob.mx</a> Internet	18 palabras — < 1%
53	<a href="http://psicologiaenelcampodelasalud.home.blog">psicologiaenelcampodelasalud.home.blog</a> Internet	18 palabras — < 1%
54	<a href="http://www.biblioteca.cij.gob.mx">www.biblioteca.cij.gob.mx</a> Internet	18 palabras — < 1%
55	<a href="http://www.investigacionyposgrado.uadec.mx">www.investigacionyposgrado.uadec.mx</a> Internet	18 palabras — < 1%
56	<a href="http://eprints.uanl.mx">eprints.uanl.mx</a> Internet	17 palabras — < 1%
57	<a href="http://repository.usta.edu.co">repository.usta.edu.co</a> Internet	17 palabras — < 1%
58	<a href="http://www.tscuadernosdetrabajosocial.cl">www.tscuadernosdetrabajosocial.cl</a> Internet	17 palabras — < 1%

59	Degante Mendez, Luis Alberto. "Factores sociodemograficos asociados a la presencia de diagnostico de dos enfermedades cronicas en la poblacion adulta", El Colegio de Mexico, 2021 ProQuest	16 palabras — < 1%
60	pdffox.com Internet	16 palabras — < 1%
61	sedici.unlp.edu.ar Internet	16 palabras — < 1%
62	www.telesurtv.net Internet	16 palabras — < 1%
63	F.J. Arroyo-Fernández, J.E. Calderón Seoane, L.M. Torres Morera. "Estrategias de tratamiento analgésico tras cesárea. Estado actual y nuevas alternativas", Revista Española de Anestesiología y Reanimación, 2020 Crossref	15 palabras — < 1%
64	revistas.unilasallista.edu.co Internet	14 palabras — < 1%
65	scc.pj.gob.pe Internet	14 palabras — < 1%
66	www.congresoson.gob.mx:81 Internet	14 palabras — < 1%
67	www.issup.net Internet	14 palabras — < 1%
68	www.sinembargo.mx Internet	14 palabras — < 1%
69	Angélica María Ospina Escobar. "Orgullo y vergüenza en el registro biográfico de	13 palabras — < 1%

varones que se inyectan drogas en Hermosillo, Sonora.",  
Cultura y Representaciones Sociales, 2019

Crossref

70	<a href="https://fr.slideshare.net">fr.slideshare.net</a> Internet	13 palabras — < 1%
71	<a href="https://repositorio.unab.cl">repositorio.unab.cl</a> Internet	13 palabras — < 1%
72	<a href="https://www.unicef.cl">www.unicef.cl</a> Internet	13 palabras — < 1%
73	<a href="https://actionplanetgreen.blogspot.com">actionplanetgreen.blogspot.com</a> Internet	12 palabras — < 1%
74	<a href="https://cercor.oxfordjournals.org">cercor.oxfordjournals.org</a> Internet	12 palabras — < 1%
75	<a href="https://docplayer.es">docplayer.es</a> Internet	12 palabras — < 1%
76	<a href="https://docs.google.com">docs.google.com</a> Internet	12 palabras — < 1%
77	<a href="https://idoc.pub">idoc.pub</a> Internet	12 palabras — < 1%
78	<a href="https://nl.gob.mx">nl.gob.mx</a> Internet	12 palabras — < 1%
79	<a href="https://prevencionar.com">prevencionar.com</a> Internet	12 palabras — < 1%
80	<a href="https://proceso.com.mx">proceso.com.mx</a> Internet	12 palabras — < 1%
81	<a href="https://repositorio.unini.edu.mx">repositorio.unini.edu.mx</a> Internet	12 palabras — < 1%

---

82	<a href="http://search.bvsalud.org">search.bvsalud.org</a> Internet	12 palabras — < 1%
83	<a href="http://www.cedinter.com">www.cedinter.com</a> Internet	12 palabras — < 1%
84	<a href="http://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Internet	12 palabras — < 1%
85	<a href="http://www.econstor.eu">www.econstor.eu</a> Internet	12 palabras — < 1%
86	<a href="http://www.piuculture.it">www.piuculture.it</a> Internet	12 palabras — < 1%
87	<a href="http://www.repositorio.ugto.mx">www.repositorio.ugto.mx</a> Internet	12 palabras — < 1%
88	<a href="http://www.scielosp.org">www.scielosp.org</a> Internet	12 palabras — < 1%
89	<a href="http://www.slideshare.net">www.slideshare.net</a> Internet	12 palabras — < 1%
90	<a href="http://www.un.org">www.un.org</a> Internet	12 palabras — < 1%
91	<a href="http://www.uv.mx">www.uv.mx</a> Internet	12 palabras — < 1%

---

EXCLUIR CITAS

ACTIVADO

EXCLUIR FUENTES

DESACTIVADO

EXCLUIR BIBLIOGRAFÍA

ACTIVADO

EXCLUIR COINCIDENCIAS < 12 PALABRAS