



**Ecos desde las fronteras del conocimiento**

ISSN: 2007-2848  
Febrero 2024

**EN ESTE  
NÚMERO**

**MEMORIAS DEL 7° COLOQUIO  
INTERUNIVERSITARIO y  
1er CONGRESO INTERNACIONAL  
DE FORMACIÓN EN LA PRÁCTICA  
DE LA PSICOLOGÍA**

**4, 5 y 6 de octubre, 2023**

[www.revistaecos.net](http://www.revistaecos.net)

Ecos desde las fronteras del conocimiento es una publicación semestral editada por Centro Cultural Universitario Justo Sierra, A.C. a través de la Dirección Académica y de Investigación, Av. Acueducto de Guadalupe 914, Colonia La Laguna Ticomán, Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07340. Tel. 57479254, 57479255. Editores responsables: Director General: Dr. Cruz Edgardo Becerra González. Editora: Dra. María Esther Chamosa Sandoval. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2011-041208314400-102. Número de ISSN 2007-2848, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Dr. Cruz Edgardo Becerra González, fecha de última modificación agosto 2023. Eje Central Lázaro Cárdenas 1150, Col. Nueva Industrial Vallejo, México, D.F., Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P.07700. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de Centro Cultural Universitario Justo Sierra, A.C.

## Contenido

Mesa 1 .....	3
La experiencia significativa de autoformación con sus interacciones sociales pedagógicas en la formación de psicólogos .....	4
Significados vinculados con la experiencia de práctica académica supervisada en Desarrollo infantil..	18
Evaluación supervisada de Planes de prácticas en Psicología Clínica .....	30
Mesa 2 .....	42
Modelo comunitario aplicado en el Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho.....	43
El aprendizaje de la Terapia Breve en la Licenciatura de Psicología y el Servicio Social.....	66
Terapia breve de resolución de problemas en estudio de caso aplicada al bloqueo de actuación .....	77
Mesa 3 .....	85
Promoción del consumo responsable de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Fundación Universitaria Sanitas.....	86
Estrés Oxidativo, desequilibrio en las neuronas del sistema dopaminérgico generado por la inhalación de tolueno .....	97
Mesa 4 .....	106
Evaluación de la conducta en niñas escolares en una práctica académica en Psicología.....	107
La resiliencia y los auto's de los estudiantes de licenciatura .....	117
Estrés académico y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios .....	120
El vínculo detrás del proceso de psicoevaluación y la importancia del psicodiagnóstico.....	131
Mesa 5 .....	146
Evaluación piloto del dominio psicológico en el marco del envejecimiento saludable con base en la experiencia de la Atención Integrada a Personas Mayores (ICOPE). .....	147
En ruedas de niño a adulto: historia de vida de un adulto con discapacidad motriz .....	172
Enseñanza del modelo de terapia breve y pensamiento sistémico en la estructura de la posición del cliente .....	188
Mesa 6 .....	194
Terapia Familiar. Estudio del caso de una mujer jefa de familia bajo el modelo Estructural. ....	195
Relación entre conflicto marital, TEPT y autoestima en madres de familia. ....	203
Grupos de apoyo a personas víctimas de violencia de género del cantón Sevilla de Oro .....	215
Procrastinación y Estrés Académicos en Estudiantes Universitarios de León Guanajuato.....	222
Mesa 7 .....	241
Salud mental y riesgo psicosocial en el trabajo. Reporte de caso con perspectiva de genero.....	242

---

Imagen corporal y satisfacción sexual en universitarias .....	250
Mesa 8 .....	258
Prácticas parentales prosociales y autoestima en infantes en edad escolar .....	259
Aplicación de un programa para mejorar la interacción escolar en un grupo de primaria. ....	271
La importancia de la Psicología en el tratamiento de la obesidad: Tratamiento cognitivo conductual	286
Mesa 9 .....	294
Intervención psicoeducativa en paciente con dislexia.....	295
Violencia de pareja en estudiantes de ingeniería química. Análisis de tipo de violencia sufrida .....	304
Práctica reflexiva: Taller de competencias psicosociales para la vida universitaria .....	318
Mesa 10 .....	327
Intervención psicoeducativa bajo un enfoque interdisciplinario .....	328
Mesa 11 .....	339
Impacto Emocional Post Pandemia Por Covid-19 .....	340
Aprendizaje de habilidades socioemocionales en preescolares durante la pandemia: Una propuesta de intervención a distancia .....	355
Mesa 12 .....	365
"La pandemia y la soledad: el impacto en las habilidades sociales de estudiantes de Guanajuato" .....	366

# **Mesa 1**

Moderadora: Mgtr. Magda Arias Cantor

## **La experiencia significativa de autoformación con sus interacciones sociales pedagógicas en la formación de psicólogos**

César Augusto Gómez Gómez Colombia, Rionegro 10 de agosto de 2023<sup>1</sup>

John Henry Castaño Valencia Colombia, Rionegro 10 de agosto de 2023<sup>2</sup>

### Resumen

El psicólogo en su formación integral debe tener conocimiento del contexto en el que se va a desempeñar, por ello es importante que en su formación profesional tenga acercamientos desde los primeros semestres, mediante interacciones y acciones educativas que lo familiaricen y sensibilicen frente a las realidades sociales. En este sentido el programa de psicología de la Universidad Católica de Oriente (UCO) ha creado la asignatura de Autoformación acercamiento al contexto, para que el estudiante pueda integrar los contenidos teóricos en interacciones con grupos, colectivos y comunidades, teniendo como fundamentos teóricos la psicología social y social comunitaria, las intervenciones psicosociales y la prevención comunitaria en salud mental. Así pretende que los estudiantes se formen en el reconocimiento de las realidades del territorio y contribuyan a la comunidad, mediante la participación activa, el fomento de temas y habilidades sociales que aporten al desarrollo de estas, con sus conocimientos, desde los primeros semestres, mediante interacciones sociales pedagógicas.

Palabras claves: Interacciones sociales pedagógicas, psicología social, psicología social comunitaria, intervenciones psicosociales, prevención comunitaria en salud mental.

### Introducción

El programa de psicología de la Universidad Católica de Oriente (UCO), desde su fundación y en coherencia con la filosofía de la universidad, quiso estructurarse con un sentido social y de humanidad; que sus estudiantes y egresados tuvieran sensibilización y conocimiento experiencial del territorio del Oriente Antioqueño; un espacio próspero para el desarrollo del país, por las riquezas en recursos naturales y su punto geográfico estratégico cercano a la capital de Antioquia y a las principales vías del país. Partiendo de esta realidad se ha querido que los estudiantes desde los primeros semestres aporten algo a la comunidad y reciban una formación integral, a partir del contacto directo con diferentes grupos, que los ponga de frente ante una praxis significativa.

Antecedentes de la asignatura Autoformación acercamiento al contexto

---

<sup>1</sup> Universidad Católica de Oriente, cesar.gomez8062@soyuco.edu.co

<sup>2</sup> Universidad Católica de Oriente, jhcastano@uco.edu.co

En el año 1.999 Ubaldo Betancur Ramírez y Diana Carmenza López, los encargados de pensar y diseñar el programa de Psicología, visionaron que aparte de las asignaturas necesarias y básicas para formar un profesional competente, el futuro egresado *uconiano*, en coherencia con la misión y visión de la institución, debía tener un conocimiento experiencial de la realidad de la región del oriente, es decir como reconocer e intervenir esa realidad histórica y de contexto. (Betancur y López, 2013, minuto 5). En este sentido se busca hacer una contribución de la formación que recibía los estudiantes a la comunidad desde los primeros semestres. También se pretendía formar psicólogos para la posguerra, porque en esa época, así como varias zonas del país, el oriente sufría las inclemencias de la guerra, por las disputas de territorio por los grupos al margen de la ley; los grupos guerrilleros del ELN y las FARC-EP, los grupos paramilitares AUC y el combate que ejercía las fuerzas armadas del país. Dando por consecuencia muerte, desaparición, reclutamiento y desplazamiento de la población civil, que en la mitad de estas disputas sufría en carne propia como víctima las desgracias de la guerra. Vislumbrando tiempos mejores y con la posibilidad de que los habitantes del oriente y víctimas de estos municipios pudieran conocer más ampliamente la realidad y ser promotores de la salud mental, se pensó que los estudiantes y luego egresados que estuvieran en el futuro en sus municipios ejerciendo sus labores profesionales, tuvieran conocimiento de causa y realizarán sus funciones de una manera más íntegra, se incluyen en el pensum esta asignatura.

La filosofía es “*entrénese en la experiencia*”; que el perfil del estudiante nazca de la experiencia, es decir, poder reconocer la teoría en la realidad, mediante las interacciones sociales y el acercamiento a fenómenos, grupos y comunidades; compartiendo con sus miembros y conociendo su cotidianidad, haciendo psicología desde lo más esencial, escuchar y acompañar. Se toma de base el trabajo de la universidad de la Habana Cuba, mediante la acción comunitaria de la facultad de salud del programa odontología, que llevaba a los estudiantes desde los primeros semestres al conocimiento de las comunidades, luego los capacitaban para dar charlas y orientaciones de profilaxis del cuidado de la salud oral, a la vez que observaban los de práctica profesional hacer su labor. De la universidad Iberoamericana se toma la experiencia del texto el desarrollo del potencial humano de Juan Lafarria y José Gómez del Campo, específicamente el trabajo comunitario en México, en las facultades sociales, allí se unían grupos interdisciplinarios de psicología, sociología y salud, con sus estudiantes de todos los niveles para ir a las comunidad a realizar diagnósticos comunitarios y el diseño de programas de prevención primaria en salud, los estudiantes tenían varios roles de acuerdo a su formación; desde observadores hasta facilitadores. También se toman los inicios de la psicología social comunitaria en Argentina con los trabajos de Enrique Pichón Riviere y Mirta Videla. Esto permite que el estudiante tenga interés por diferentes fenómenos, grupos y comunidades vulnerables, sin embargo, no siempre se debe ir a municipios y áreas rurales lejanas que tienen más necesidades por su ubicación, en los municipios del oriente cercano, también hay diferentes grupos con necesidades. Además, poder desarrollar en el estudiante habilidades personales y profesionales; que ellos hicieran un inventario personal, que potencialidades y falencias tenía, como: trabajo en equipo, tolerancia a la frustración, habilidades comunicativas, etc. También, reconocer, aceptar y superar el temor y los errores en el proceso formativo. Los estudiantes aprenden con las comunidades de sus costumbres y de sus tradiciones, y contrastan con

las teorías que estudian en los diferentes cursos y/o les toca estudiar por el interés y la necesidad de conocer que les despierta. (Betancur y López, 2013, minutos 10-25)

Se quiere que esta asignatura permita en los estudiantes el desarrollo de habilidades personales y profesionales para su desempeño como futuro psicólogo. Asimismo, tener flexibilidad para que los estudiantes puedan elegir la población, grupo o colectivo que quiera observar y conocer; respetando sus intereses y motivaciones. También facilitar y promover una nueva metodología participativa, basada en el aprendizaje teórico-práctico (praxis), proporcionando la posibilidad de contactar y sensibilizar al estudiante con la realidad social y la cotidianidad de las personas, analizar el contexto, promoviendo la investigación y el deseo de aprender desde la psicología, el abordaje de la visión holística del ser humano y la realidad, el aprendizaje significativo que transforma la personalidad del estudiante; que reconozca y vivencie la experiencia personal: que le aporta y que puede hacer, visibilizar las problemáticas del contexto y el trabajo en equipo. (Betancur y López, 1999, pp. 25-27).

Partiendo de estas ideas nace el nombre de la asignatura Autoformación; que el estudiante se autoforme; es decir, una posibilidad para que crecieran en su formación personal y profesional, a partir del contacto con la realidad que lo lleva a estudiar y a formarse como profesional integral, transformando su ser. También era necesario realizar un trabajo fuerte de sensibilización en los docentes, estudiantes y la misma comunidad, para que se recibiera de buena manera la proyección que quería tener el programa.

Según Betancur y López (1999) esta apuesta necesitaba un trabajo en varios frentes, en los docentes; romper paradigmas y metodologías, aceptar cuestionamientos y críticas, y acompañamiento a los estudiantes. En los estudiantes; sentir el apoyo de los docentes ante miedos, angustias e inseguridades, para que cada uno sea responsable de su propio proceso de aprendizaje, se reconozca como futuro profesional desde los primeros semestres, descubran sus necesidades y falencias, perciba la importancia y necesidad del conocimiento y aprenda a trabajar en equipo. Y, en las comunidades e instituciones: Abrir esos campos, explicar el propósito, conocer previamente, hacer devoluciones, respetar las situaciones y los saberes. (p.28)

### Justificación teórica

Para hablar de autoformación acercamiento al contexto mediante sus interacciones sociales pedagógicas es necesario partir del materialismo dialéctico, desde este paradigma; el aprendizaje se da por el contacto y experiencia que se tiene con el mundo exterior. Este contacto lleva a cuestionamientos y necesidad de buscar información acerca de esa experiencia que lo cualifica en el momento que vuelve a tener contacto con ese mundo, y así sucesivamente en un proceso de mejora progresiva cada vez que se interviene, Según el Diccionario soviético de filosofía, la dialéctica Marxista está unida al materialismo filosófico, sus bases son: el mundo es materia en

movimiento, ésta es primero que la consciencia, ya que ésta última surge de la materia estructurada, el mundo es comprensible, nuestra sensorpercepción, la representación y conceptualizaciones son productos del exterior. Es la práctica en la que se encuentra más patente, entonces la filosofía no reemplaza las ciencias, por el contrario, se apoya de ellas para enriquecerse con sus logros y proporcionar un método que lleve a la objetividad. Para entender certeramente la naturaleza y la sociedad, es necesario el movimiento que lleva a la transformación de los condicionamientos en la reciprocidad de lo antiguo con lo nuevo. Es así como la teoría y la práctica se lleva a su máxima expresión, siendo la acción y la demostración de los principios teóricos. (1959, pp. 303-333)

Seguidamente se debe tener un acercamiento al campo psicológico que explica al individuo en la relación con los grupos humanos y sus interacciones a partir de las investigaciones. Para Canto (2008) la psicología social psicológica estudia la influencia recíproca entre la sociedad y el individuo, la sociedad impacta en los procesos cognitivos y motivaciones, y el individuo afecta la sociedad. Esta disciplina que es psicológica y social deriva en un área significativa para entender los grupos, y la relación del individuo con el grupo social y la sociedad. (p. 30-33). Precisamente desde la psicología social se toman sus principales autores históricos, sus teorías y experimentos que ayudan a reconocer el grupo y sus procesos que llevan a los estudiantes a entender las dinámicas de los grupos.

En esta misma línea se toman los principios de la psicología social comunitaria que interviene directamente en el grupo o la comunidad buscando transformación desde la misma comunidad, siendo el psicólogo un facilitador de procesos de comunicación, que lleven a la participación y transformación desde la misma comunidad. Como lo afirma Montero (2004) La psicología social comunitaria es un campo de la psicología que estudia los factores psicosociales que promueve el control y poder en los miembros de la comunidad de forma individual y grupal, para que ellos gestionen sus dificultades y puedan llegar a los cambios esperados (p.32). En este sentido el rol de psicólogo es el de un facilitador de procesos que llevan al fortalecimiento de la consciencia y gestión de recursos propios, mediante acciones educativas, transmitiendo habilidades para que se movilicen las competencias, iniciando con la identificación de fortalezas y necesidades, mediante diálogo abierto con todos los miembros, diseño de un plan de acción y evaluación. (Blanco, 1987, párr. 61; Videla, 1991, p. 43; Serrano-García y Vargas, 1993, p.5)

Una comunidad desde la perspectiva social comunitaria y de acuerdo a sus investigaciones son las poblaciones que se benefician de su accionar, como, escuelas, grupos de trabajo, culturales, deportivos, colectivos de salud, comunidades geográficas, etc. (Wiesenfeld, 2014, p.11). Es un grupo que se transforma constantemente, presentan relaciones que proporcionan identidad y sentido social, es histórico con una cultura antes de las investigaciones e intervenciones, tiene intereses compartidos, además en sus interacciones se percibe la acción, la afectividad, la información y el conocimiento. (Montero, 2004, p. 100)

Se busca entonces que los estudiantes se cuestionen constantemente en su formación mediante la praxis. “Esto significa que son producto de la unión de práctica y reflexión sobre la práctica y de práctica reflexionada que vuelve a reflexionar”. (Montero, 2004, p. 91). En otras palabras, es una

retroalimentación continua de la teoría al confrontarse con la práctica y viceversa, llegando a la objetividad por una experiencia puesta en acción que conceptualiza la crítica y autocrítica que permite correcciones de la teoría. Esta postura de psicología social actúa como unidad que enriquece al ser humano como objeto de conocimiento y las técnicas de intervención (Pichón, 1985, p. 150). Esto no solo impacta el saber hacer, sino también el ser, pues, “ese nuevo tipo de praxis, que además de transformar la realidad nos transforma a nosotros mismos” (Martin-Baro, 1985, p. 12). Asimismo, se busca el desarrollo de la crítica, para que su formación tenga mayor sentido. “Cuando estudiamos aquello que responde a necesidades, problemas y fenómenos propios de la sociedad en que vivimos, producimos respuestas que pueden responder a aquellos a quienes debemos atender”. (Montero, 2010, p.189)

Por otro lado, se toma la prevención en salud mental como base del proceso formativo, para Videla (1991) la prevención en el ámbito comunitario pretende que se reconozca el problema y su significado en la comunidad, de la que surgen los recursos de movilización que lo convierte en un problema de todos. (p.43). Asimismo, la prevención es un conjunto de acciones que se toman para que se evite la presencia de enfermedades y/o fenómenos o reducir sus efectos (Castejón y San Martín, 2012, p.18). Tradicionalmente las acciones de prevención presentan dos clasificaciones en tres niveles, mediante acciones sanitarias y educativas, según Caplan (1980, citado en Castejón y San Martín, 2012, p.18-19) la primaria comprende labores antes de que aparezcan enfermedades o fenómenos, la secundaria, son acciones que lleven a la disminución de la prevalencia de la enfermedad o fenómeno y la terciaria, son intervenciones que se orientan a evitar la recaída en los fenómenos o enfermedades. Según Gordon (1987, citado en Castejón y San Martín, 2012, p.20) su clasificación está más encaminada a las acciones de promoción, la universal, son intervenciones a la población en general, sin que presente riesgo alguno, la selectiva, se centra en poblaciones con ciertos riesgos de presentar enfermedades o fenómenos, presentando factores de riesgos biológicos, psicológicos o sociales y la indicada, se trabaja con grupos con alto riesgo de enfermedades o fenómenos con síntomas detectables.

En esta misma línea se toman elementos de la intervención psicosocial que incrementa la fundamentación teórica, según Blanco y Rodríguez (2007) es un proceso para la gestión del cambio a partir de la promoción del bienestar y del desarrollo de las comunidades y la actualización del progreso social. (p. 25). Los fines de ésta se dirigen a la prevención y reducción de riesgos sociales e individuales que apuntan a acciones en pro de la solución de dificultades específicas de grupos, ayudando a que las personas experimenten bienestar consigo misma y se responsabilicen de ello. (Hernández y Valera, 2001, p. 55; Blanco y Rodríguez, 2007, p.8)

Transversal a todo este proceso se tiene en cuenta la importancia de la observación en todo el proceso de las interacciones sociales pedagógicas, como base para la formación de su crítica y razonamiento clínico que atraviesa toda la formación y el quehacer psicológico “La observación es la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado” (Marshall y Rossman, 1989, p.79). Utilizando la observación no participante, que se entiende como la captación de información desde la periferia sin ninguna intervención con el fenómeno o grupo, no se participa en la cotidianidad del colectivo, sólo se tiene

un rol de observador. (Benguría, Martín, Valdés, Pastellides y Gómez, 2010 p. 32). Mientras que en la observación participante es necesaria la compenetración del investigador en la cotidianidad del colectivo, participando de sus actividades, para que se comprenda sus acciones y conductas, también se usan diálogos informales y entrevistas que se registran en sus notas de campo, que permiten organizar mejor la información (Kawulich, 2006 párr. 82).

De igual manera en este proceso se incentiva la formación y fortalecimiento de la creatividad. La persona creativa es aquella que a partir de unos estímulos percibe lo que antes no era imperceptible para ella misma o para los demás. Entonces, lo creativo en idea, respuesta o producto, es que sea novedoso, original, útil y adecuado para resolver determinado problema o situación. (Vecina, 2006, p. 33)

### Estructuración por semestres

En el actual plan de estudios INP 5, se ha establecido que esta asignatura sea el núcleo integrador de las demás que se ven en la actualidad, o los semestres anteriores, inclusive algunos venideros.

En el primer semestre como prioridad está, sensibilizar al estudiante sobre la magnitud de la profesión que escogió y la importancia de mirar hacia el interior, pensar y reconocerse, identificando las fortalezas y aspectos a mejorar, que debe empezar o continuar trabajando, y que perciba la necesidad de realizar un proceso psicológico, algo indispensable que necesitan los profesionales de esta área. La asignatura es muy experiencial y los contenidos se basan en el desarrollo personal, el sentido de vida, el hombre como ser biopsicosocial trascendente y la creatividad, luego con el fin, de que los estudiantes reconozcan la historia del programa de psicología y su estructura, se trabaja el Proyecto Educativo del Programa, se continúa con, la observación como herramienta del método científico, y por último se realiza una observación no participante a una comunidad, por subgrupos de cuatro estudiantes, se registra lo observado y se hace un contraste con las teorías relacionadas, saliendo como producto un trabajo escrito que debe ser entregado y socializado en las clases.

En el segundo semestre se trabaja, la sensibilización frente a fenómenos sociales complejos como la drogadicción, la prostitución y problemáticas de salud mental, etc., también se estudian técnicas de diagnóstico participativo, como la observación participante, la matriz DOFA y la cartografía social. Como interacción social pedagógica se trabaja a partir de una observación participante, luego los estudiantes, en subgrupos de cuatro, deben realizar una actividad lúdico-pedagógica que los lleve al primer momento de dirigir una actividad grupal y que la comunidad pueda reflexionar sobre un tema de interés. Este ejercicio se realiza en una institución en la que haya un egresado trabajando o un practicante para que acompañe el proceso. Como producto se entrega un trabajo escrito que debe ser socializado en las clases.

El primer y segundo semestre se articula con el programa pedagogos de la Universidad, en la que se les permite a los estudiantes un acompañamiento grupal cada dos semanas con un practicante de psicología para el fortalecimiento de habilidades sociales, de inteligencia emocional y de estudio

que faciliten la adaptación al ambiente universitario, además de acompañamientos individuales mediante asesoría psicológica individual a quien lo requiera.

En el tercer semestre los contenidos están orientados a las técnicas pedagógicas; como el juego de roles, el taller participativo y el taller reflexivo, además de reflexiones iniciales sobre: La ética en psicología, la salud mental, la psicología en las comunidades y el trabajo en equipo. Como interacción social pedagógica los estudiantes en subgrupos de cuatro, deben realizar en un grupo o comunidad un diagnóstico participativo mediante la matriz DOFA y un ejercicio de observación no participante y participante, para priorizar tres necesidades a trabajar mediante las técnicas educativas expresadas anteriormente, de acuerdo a las características del grupo y una actividad de cierre lúdico-pedagógica que permita un repaso de lo trabajado. Como producto se entrega un trabajo escrito que debe ser socializado en las clases.

En el cuarto semestre se trabaja en contenido teórico, las orientaciones básicas para el levantamiento del diagnóstico; teniendo en cuenta las necesidades de la comunidad o grupo, las manifestaciones fenomenológicas, la lectura del contexto y el marco interpretativo. También diseños de objetivos, programas de educativos de promoción y prevención de salud mental y como interacción social pedagógica desde las primeras clases, por subgrupos de a cuatro estudiantes, deben elegir un grupo en la que deben realizar un diagnóstico participativo, aplicando la teoría vista y elaborar un proyecto psicoeducativo que debe soportar el trabajo que van a realizar allí durante el semestre, entre ocho y diez visitas con una intensidad de dos horas por semana. Como producto se entrega un trabajo escrito que debe ser socializado en las clases. También se entrega copia a la institución o comunidad en la que se realiza el ejercicio y al terminar la experiencia se entrega un informe final.

En el tercero y cuarto semestre en las clases, aparte de las teorías, se realizan asesorías por subgrupos y Staff de interacciones sociales pedagógicas, bajo los principios de confidencialidad y psicoética, que permite trabajar en las emociones de los miembros del grupo de estudiantes y la obtención o la reafirmación de estrategias para el ejercicio pedagógico.

Las comunidades en las que se han hecho los ejercicios de interacciones sociales pedagógicas han sido; Instituciones educativas, juntas de acción comunal, en barrios y veredas, clubes deportivos, grupos de poblaciones específicos y/o fundaciones de niños, jóvenes, ancianos, viudas, parejas, drogadictos, discapacitados y víctimas del conflicto armado.

En todos los semestres, los estudiantes realizan una bitácora, que es una especie de diario de emociones, en la que registran lo experimentado en las sesiones de clase y las interacciones sociales pedagógica con la comunidad; ejercicio que permite el reconocimiento de las emociones, los avances en el manejo de estas y el desarrollo de habilidades. También cada semestre finalizando, se realiza una exposición de las experiencias significativas, en las que se socializan a los estudiantes del primer al cuarto semestre los ejercicios más novedosos, allí se expone un subgrupo por grupo en los semestres primero y segundo, y entre tres y cuatro en los semestres tercero y cuarto, dependiendo de la cantidad de grupos que existan por semestre. Este evento se realiza con el fin de socializar los buenos resultados que se generan en las comunidades y el impacto en la región, el

despertar motivación, sentido de pertenencia, reto e innovación en los estudiantes. A esta actividad, también asisten los cooperadores de las instituciones en las que se realizan los ejercicios.

Estas asignaturas son una experiencia valorada por los estudiantes y egresados, un factor agregado que reportan las agencias de prácticas profesionales; “Estudiantes sensibles”, “con habilidades sociales”, “comprometidos”, “con capacidad para liderar y trabajo en grupos” y mayor demanda de estudiantes de autoformación y de prácticas profesionales. (López, 2010, Diapositiva 15).

En el siguiente cuadro se resumen las asignaturas de autoformación acercamiento al contexto sus contenidos y articulación directa e indirecta con las otras asignaturas del plan de estudios.

	Contenidos teóricos	Libro para el Ser	Articulación directa	Articulación indirecta	Interacciones sociales pedagógicas
Autoformación I	Desarrollo personal, el sentido de vida, el hombre como ser biopsicosocial trascendente y la creatividad, la historia del programa de psicología y su estructura, se trabaja el PEP y la observación como herramienta del método científico,	El hombre en busca de sentido. V. Frankl	-Psicología del curso de la vida I: Conceptualización, desarrollo físico y salud -Bases socioculturales del comportamiento	-Lectoescritura - Proyecto humano y profesional	Una observación no participante a una comunidad
Autoformación II	Fenómenos sociales complejos como la drogadicción, la prostitución y problemáticas de salud mental, etc.,	El principito. A. Saint-Exupéry	- Psicología del curso de la vida II: Desarrollo Cognitivo y lenguaje - Psicología social I: Ser social y territorio	- Comunicación científica - Antropología fundamental	Una observación participante, y la realización de una actividad lúdico-pedagógica

	también se estudian técnicas de diagnóstico participativos, como la observación participante, la matriz DOFA y la cartografía social.				
Autoformación III	Técnicas pedagógicas; como el juego de roles, el taller participativo y el taller reflexivo, además de reflexiones iniciales sobre: La ética en psicología, la salud mental, la psicología en las comunidades y el trabajo en equipo.	Anatomía del miedo un tratado sobre la valentía. J. Marina	- Entrevista general - Psicología social II: Grupos y contexto	- Pensamiento Científico - Psicología del curso de la vida I, II y III: (1. Conceptualización, desarrollo físico y salud, 2. Desarrollo Cognitivo y lenguaje y 3. Desarrollo emocional, moral y socialización	Diagnóstico participativo mediante la matriz DOFA y un ejercicio de observación no participante y participante, para priorizar tres necesidades a trabajar mediante actividades educativas.
Autoformación IV	Orientaciones básicas para el levantamiento del diagnóstico; teniendo en cuenta las necesidades de la comunidad o grupo, las manifestaciones fenomenológicas		- Psicología social aplicada - Motivación y emoción	- Familia - Psicología del curso de la vida I, II y III: (1. Conceptualización, desarrollo físico y salud, 2. Desarrollo Cognitivo y lenguaje y 3. Desarrollo emocional,	Un diagnóstico participativo, aplicando la teoría y elaborar un proyecto educativo que debe soportar el trabajo que

	as, la lectura del contexto y el marco interpretativo. También diseños de objetivos, programas de educativos de promoción y prevención de salud mental.			moral y socialización	van a realizar allí durante el semestre, entre 8 y 10 visitas con una intensidad de dos horas por semana.
--	---	--	--	-----------------------	---

### Experiencias significativas

#### Estudiantes

“Mi experiencia en este primer semestre con la materia de autoformación ha sido bastante significativa, comenzando por los aprendizajes a nivel personal, y es importante manifestar algo y es que la materia no solo se reduce a una cantidad de días o de horas a la semana sino que, al menos, yo, desde que la comencé, la llevé implícita en mí, en mi manera de ser, en la consciencia que he logrado adquirir respecto a todos los aspectos de mi vida, las enseñanzas son tan importantes, tanto de manera personal, como en el camino que estoy recorriendo en mi formación como psicóloga. Durante el semestre hemos tenido varias actividades vivenciales (aunque me atrevería a decir que todas las clases de una u otra manera han sido vivencias no solo físicas, sino íntimas, más hacia adentro) Estas actividades vivenciales me enseñaron a descubrirme a mí misma, conocerme un poco más y autoformarme, mejorar o incluso, admirar cosas de mi persona. En cuanto a la actividad práctica de observación, puedo decir que solo me dejó una gran experiencia, y me di cuenta de que la observación es fundamental para la psicología, poder comenzar desde el primer semestre con una actividad práctica con tanto aprendizaje fue muy gratificante. En mi caso poder observar a los niños fue algo que me llenó de miles de nuevas perspectivas. Así que solo me quedan cosas positivas de esta experiencia y además mucha gratitud”. “Estoy encantada con esta actividad. No puedo negar la ansiedad que sentí al inicio del proceso, como tampoco el compromiso y la motivación para llevar a un buen fin todo lo trabajado. Más que un trabajo que cumplir, para mí, esta actividad fue un gran regalo; compartir con estas personas que tienen tanto que enseñarnos no tiene precio. El proceso inicial de actividades fue un poco extenso y con muchas dificultades, a pesar de aquello fui constante y optimista, aunque un poco dudosa, pero como resultado se pudo realizar un buen trabajo. Al fin y al cabo, me sentí y me siento feliz, agradecida y admirada tanto

con mis alcances como persona como también como buena profesional en proceso”. (Natalia Villada Grisales. Segundo semestre 2-2016)

“Tras el desarrollo de la interacción social pedagógica puedo decir que me siento satisfecho, pues los logros personales que tenía con la misma se cumplieron. También fue una oportunidad que puso a prueba mi capacidad de liderazgo, la cual resaltó positivamente en una gran cantidad de situaciones, pero de igual forma debo seguir trabajando para el mejoramiento de la misma. Además, los conocimientos adquiridos que se han usado en todas las interacciones sociales pedagógicas dan cuenta de la consolidación de los mismos en la formación académica y la superación de frustraciones y obstáculos. En este orden de ideas, los aprendizajes que me dejan junto con la experiencia de compromiso con la comunidad tienen un valor muy importante” (Sebastián Joao Pérez Paz. Tercer semestre 2-2021)

“Haber realizado este proyecto me permitió generar herramientas y adquirir mejores capacidades para lograr un mayor alcance en una población, también pude tener un pequeño acercamiento al arduo trabajo que conlleva el trabajo comunitario y comprender que, lo que mueve a la población, también nos mueve a nosotros como facilitadores, permitiendo así un crecimiento mutuo. Fue una experiencia inolvidable que espero me acompañe y guíe en mi camino como profesional de la psicología”, (Laura Nataly Montoya Alzate. Cuarto semestre 1-2022)

#### Egresado

“Cuando ingresé a la universidad a desarrollar mi pregrado en psicología, comencé a observar una apuesta de la institución por fortalecer la experiencia de autoformación con el contacto con comunidades; en el cual se pueda desarrollar acercamientos a las comunidades con las interacciones sociales pedagógicas desde los primeros semestres, con las diferentes concepciones teóricas a la medida que se iba aprendiendo; sin duda este factor generó un agregado principal, que difiere de otras instituciones, mostrando el fortalecimiento del programa y generando más competitividad. Esto permite que la observación, la escucha, el análisis y la creatividad, se vayan perfeccionando con el complemento y asesoría de los profesionales que acompañan este fundamental aspecto. Hoy observo desde mi propia experiencia, que el profesional en psicología no solamente cuenta con la preparación acertada en los conocimientos teóricos, sino que cuenta con esa habilidad de desarrollar su profesionalismo gracias a ese elemento sustancial del cual le ha apostado la universidad Católica de Oriente. La invitación es que se siga proporcionando esas estrategias para que la universidad y el programa de psicología tengan ese reconocimiento que ahora se observa. (Carlos Andrés Montoya Idárraga, Egresado 2005)

#### Experiencia significativa por Docente

“Ser docente de autoformación, significa una tarea muy importante, ya que es una de las asignaturas, que no solo busca la formación del intelecto, sino la formación del ser de nuestros futuros psicólogos; es por esto que desde esta asignatura, uno puede acercarse a la realidad de los estudiantes, acompañar su proceso, en primer lugar; personal, de observación, de diagnóstico; de análisis de sí mismo y de contextualizarse realmente en el compromiso y el reto que implica tan

bella profesión, a la vez, que dentro de los niveles siguientes, los jóvenes van a poder acercarse a realidades sociales, en un proceso gradual de observación, de acercamiento, luego de interacciones sociales pedagógicas, a través de los cuales tienen una ventaja sobre otros estudiantes de otras instituciones, en cuanto van pudiendo vencer el miedo a interactuar con comunidades, a acercarse a los grupos y que estos acercamientos, son realmente los que hacen que se den aprendizajes significativos. Entonces, uno valora y percibe en nuestros estudiantes realmente ese valor agregado, ese “plus” que les brinda el proceso de autoformación, el poder crecer en lo humano, en lo relacional y también en lo teórico con relación al abordaje del ser humano. Luego en las prácticas, uno ve que realmente todo este bagaje y toda esta experiencia de autoformación, pone en ventaja a nuestros estudiantes, los cuales, tienen más elementos, que podríamos decir de interacción, más capacidad emergente, para afrontar y enfrentar circunstancias o dificultades que se dan dentro de una labor de prácticas como tal. También, para uno como docente es muy enriquecedor, porque es poder también aprender de los estudiantes, acercarse a sus ejercicios, a sus realidades, a cómo abordan los grupos y desde ahí; poder generar una reflexión, una construcción conjunta para así mutuamente crecer, tanto docentes como estudiantes y redundar en un beneficio en las comunidades”. (Cristian Fernando Duque. Docente de cátedra desde hace 13 años.)

#### Instituciones beneficiarias

“La IPS Corporación OASIS, en cabeza de nuestro director Nelson Londoño Franco les da las gracias a ustedes por su apoyo en el proceso de recuperación de nuestros residentes, a través de las interacciones sociales pedagógicas realizadas por las estudiantes de psicología quienes nos acompañaron en la institución realizando diferentes actividades, que nuestros usuarios disfrutaron y que contribuyeron a identificar y fortalecer habilidades, personales y sociales como complemento al programa establecido de comunidad terapéutica. Durante el tiempo establecido de las interacciones sociales pedagógicas en la institución se pudo observar una disposición, proactividad, responsabilidad, creatividad y profesionalismo por parte de las estudiantes a cargo, a quienes se le notó planeación en las actividades realizadas y afinidad con los residentes en el desarrollo de estas. Reiteramos nuestro agradecimiento y recordamos que las puertas de nuestra institución están abiertas para los estudiantes que desde su deseo y disposición puedan continuar acompañándonos en este proceso” (1-2022)

#### Conclusiones

La asignatura de autoformación acercamiento al contexto, se ha convertido en uno de los elementos fuertes diferenciadores del programa de psicología de la UCO, permitiendo que sus estudiantes, basados en la observación (no participante y participante), los principios de la psicología social y social comunitaria, las intervenciones psicosociales y la prevención en salud mental, tengan mayor sentido de humanidad, comunidad, desarrollo grupal y sensibilidad social en la interacción con el contexto. También ha posibilitado el desarrollo de competencias profesionales como; capacidad de análisis, autocontrol y estabilidad emocional, comunicación, liderazgo, trabajo en equipo, confianza en sí mismo, orientación al logro, competencias específicas del perfil del psicólogo uconiano. Desde su fundación hasta la actualidad y hacia el futuro, se ha revisado,

evaluado y ajustado a las nuevas demandas del territorio y los parámetros administrativos y académicos, buscando un mejor impacto en los estudiantes y la proyección hacia la comunidad.

#### Referencias

Benguría, S., Martín B., Valdés M., Pastellides P. y Gómez C., (2010), Observación, método de investigación en educación especial. [https://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso\\_10/Obervacion\\_trabajo.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Obervacion_trabajo.pdf)

Betancur, U. y López, D. (1999). [Inédito] Documentos fundamentación del programa de Psicología. Facultad de ciencias sociales, Universidad Católica de Oriente. Rionegro.

Betancur, U. y López, D. (2013). [Inédito] Seminario de Autoformación práctica comunitaria. El origen. [Video]. Facultad de ciencias sociales, Universidad Católica de Oriente. Rionegro.

Blanco, A. (1987). La psicología comunitaria: variaciones sobre un mismo tema: Revista papeles del psicólogo, 31.

<http://www.papelesdel psicologo.es/resumen?pii=334>

Blanco, A. y Rodríguez, J. (2007) Intervención psicosocial. Madrid: Pearson educación

Canto, J., (2008). Psicología de los grupos, estructura y sus procesos. Málaga: ediciones Algibe

Castejón, M., San Martín R. (2012) Informe del estado actual de la prevención en salud mental. Centro de Rehabilitación Laboral “San Blas” Centro concertado con la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, <https://consaludmental.org/publicaciones/Estadoactualprevencionsaludmental.pdf>

Diccionario soviético de filosofía. (1959). Teoría del reflejo, recuperado de <http://www.filosofia.org/enc/ros/te05.htm>

Hernández, B. y Valera, S. (2001). Psicología Social Aplicada e Intervención Psicosocial. Santa Cruz de Tenerife: Resma.

Kawulich, B. (2006). La observación participante como método de recolección de datos. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 6 (2), recuperado de: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/466/998>

López, D. (2010) [Inédito] Impacto de la asignatura de Autoformación. Exposición presentada en la reunión de docentes del programa de psicología de la Universidad Católica de Oriente, Rionegro, Colombia

Marshall, Catherine & Rossman, Gretchen B. (1989). Designing qualitative research. Newbury Park, CA: Sage.

Martín-Baró I. (1985). Hacia una psicología de la liberación. Boletín de Psicología, No. 22. Departamento de Psicología Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas" (UCA). San Salvador, El Salvador,

<http://www.uca.edu.sv/deptos/psicolog/hacia.htm>

Montero, M. (2004) Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Montero, M. (2010) Crítica, autocrítica y construcción de teoría en la psicología social latinoamericana. Revista Colombiana de psicología. Volumen 19, Número 2. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view%20File/13156/18616>

Pichón, R. (1985) El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: nueva visión.

Serrano-García, I. y Vargas, R. (1993). La Psicología Comunitaria en América Latina: Estado actual, controversias y nuevos derroteros. Papeles del Psicólogo, 55, recuperado de <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/fundamentos-y-teoria-de-una-psicologia-liberadora/psicologia-comunitaria/798-psicologia-comunitaria-en-america-latina-estado-actual-controversias-y-nuevos-derroteros/file>

Vecina M., (2006). Creatividad. Revista Papeles del psicólogo, 27, recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1282.pdf>

Videla, M. (1991). Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

Wiesenfeld, E. (2014). La Psicología Social Comunitaria en América Latina: ¿Consolidación o crisis? Psicoperspectivas, 13(2), recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/357/346>

---

## **Significados vinculados con la experiencia de práctica académica supervisada en Desarrollo infantil**

Meanings linked to the supervised academic field practice experience in Child Development

Genis Yaisuri Jiménez Ramírez<sup>3</sup>

Aída Cortés Flores<sup>4</sup>

Sandra Irma Montes de Oca Mayagoitia<sup>5</sup>

México, Ciudad de México, 28 de julio de 2023

Tipo de trabajo: Técnicas y herramientas profesionales.

### Resumen

El significado atribuido por los estudiantes de Psicología a la formación que reciben, su valoración de la práctica in situ y las competencias que van adquiriendo en estos contextos de intervención, constituyen un importante sistema de referencia que organiza su quehacer profesional y personal; por lo tanto, comprender cómo viven los estudiantes este proceso de apropiación gradual de aprendizajes, contribuye a la generación de evidencia empírica sobre los niveles de incidencia de su práctica. De ahí que el objetivo de este trabajo es analizar los procesos de apropiación de conocimientos y habilidades de las y los estudiantes de primer semestre de la licenciatura en Psicología de la Universidad Iberoamericana CDMX, que realizaron su práctica académica supervisada en Desarrollo infantil. Se realizó un análisis de contenido cualitativo de los datos (Coffey y Atkinson, 2004) en el que se utilizó los diarios de campo elaborados por los estudiantes y los registros de retroalimentación del supervisor en el marco de la práctica académica supervisada en Desarrollo infantil. El análisis de estas técnicas, permitió construir un sistema de categorías vinculadas con: Apropiación de conocimientos, Competencias profesionales, Retos de la práctica y Acompañamiento del supervisor. Se concluye que la valoración de las experiencias de práctica supervisada en Desarrollo infantil, permitieron un acercamiento a los procesos de apropiación de conocimientos, habilidades, actitud de servicio y valores que transforman la formación en Psicología, y promueven una identidad del psicólogo como agente de cambio a través de la incidencia social y educativa de sus intervenciones.

---

<sup>3</sup> Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México, [genis.jimenez@ibero.mx](mailto:genis.jimenez@ibero.mx)

<sup>4</sup> Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México, [aida.cortes@ibero.mx](mailto:aida.cortes@ibero.mx)

<sup>5</sup> Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México, [irma.montesdeoca@ibero.mx](mailto:irma.montesdeoca@ibero.mx)

Palabras clave: apropiación, reflexión, competencias, desarrollo infantil, supervisión.

#### Abstract

The meaning attributed by Psychology students to the training they receive, their assessment of the practice in situ and the skills they acquire in these intervention contexts, constitute an important reference system that organizes their professional and personal work; therefore, understanding how students experience this process of gradual appropriation of learning contributes to the generation of empirical evidence on the levels of incidence of their practice. Hence, the objective of this work is to analyze the processes of appropriation of knowledge and skills of the first semester students of the degree in Psychology of the Universidad Iberoamericana CDMX, who carried out their supervised academic practice in Child Development. A qualitative content analysis of the data was performed (Coffey & Atkinson, 2004) using student-made field journals and supervisor feedback records in the framework of supervised practicum in Child Development. The analysis of these techniques allowed the construction of a system of categories linked to: Appropriation of knowledge, Professional Competences, Practice Challenges and Supervisor Accompaniment. It is concluded that the assessment of the experiences of supervised practice in Child Development, allowed an approach to the processes of appropriation of knowledge, skills, attitude of service and values that transform training in Psychology, and promote an identity of the psychologist as an agent of change through the social and educational impact of their interventions.

Keywords: appropriation, reflection, competencies, child development, supervision.

#### Justificación teórica

La evidencia empírica en torno a los procesos de formación de psicólogas y psicólogos, coincide en afirmar la importancia de las prácticas profesionales en escenarios auténticos con el fin de promover el desarrollo de diversas competencias profesionales mediante la vinculación de los avances teóricos de la disciplina con la habilidad para realizar intervenciones acordes a las necesidades de las instituciones de práctica, a la vez que los estudiantes construyen una actitud reflexiva, responsable y de compromiso ético en su quehacer profesional (Paredes-Dávila, 2017; Rodríguez et al., 2011; Rodríguez y Seda, 2013).

De Diego y Weiss (2017) plantean que el carácter contextual, relacional y reflexivo del proceso de aprendizaje en la formación de psicólogos, implica la necesidad de contar con espacios de participación en las prácticas profesionales mediante el acompañamiento de expertos y profesionales consolidados durante el proceso. Asimismo, los autores entienden la formación profesional como un proceso continuo de apropiación de conocimientos, habilidades profesionales y actitudes hacia el ejercicio ético de la profesión.

Schön (1992) destacó la importancia de la formación en escenarios reales en donde los estudiantes puedan desarrollar proyectos de investigación y de intervención acordes con la visión de los modelos ecológicos orientados al usuario; la adopción de un enfoque comunitario y de aprendizaje basado en el servicio que permita el desarrollo de habilidades profesionales de alto nivel. También destacó el papel del docente que acompaña las prácticas profesionales como mediador y supervisor del trabajo en el escenario; así como la necesidad de una evaluación multidimensional y una autoevaluación continua del sistema de prácticas abarcando agentes, procesos y contextos.

Autores como Díaz Barriga (2005) y Paredes-Dávila (2017) proponen que la formación del psicólogo debe estar sustentada en un currículo que garantice sólidos conocimientos en los procesos básicos del comportamiento, tanto psicológicos como sociales y culturales; en los métodos y las técnicas vigentes de la investigación científica; en una formación deontológica e interdisciplinaria; así como una sólida capacitación teórico-práctica que les permita el desarrollo de competencias para el diseño, la evaluación y la intervención en los distintos campos de la psicología.

Estudios antecedentes sobre el significado de la práctica académica supervisadas coinciden en afirmar la alta valoración que hicieron los estudiantes sobre su experiencia en escenarios de práctica, ya que son espacios que les permiten llevar a cabo las funciones propias del psicólogo, es decir, participar legítimamente en las diversas comunidades de práctica; solucionar problemas y tomar decisiones encaminadas en el bienestar de las poblaciones beneficiarias de la intervención psicológica (De Diego y Weiss, 2017; Díaz Barriga et al., 2006; Rodríguez y Seda, 2013; Polo et al., 2013).

Asimismo, los espacios de práctica promueven en los estudiantes además de competencias profesionales, una transformación personal que se refleja en las actitudes de servicio, comprensión, respeto, compasión y empatía, rasgos importantes en el quehacer del psicólogo (Rodríguez y Seda, 2013). De ahí que la evidencia empírica confirma la importancia de la formación temprana de estudiantes en comunidades de práctica.

En este contexto, el Departamento de Psicología de la Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México, desde hace más de 40 años, lleva a cabo el programa de prácticas profesionales en la licenciatura en Psicología las cuales han tenido como objetivo la integración de conocimientos teórico-prácticos que buscar garantizar que los estudiantes aprendan actitudes de servicio hacia los demás, especialmente los grupos en situación de vulnerabilidad, a través de un proceso reflexivo y ético que responda a las necesidades sociales, educativas y comunitarias del país (Polo et al., 2013).

Mediante estas prácticas, se desarrollan las competencias profesionales propias del quehacer psicológico y se logra que los estudiantes integren, actualicen y confronten su conocimiento conceptual con las realidades sociales. Lo anterior se obtiene gracias al diagnóstico, la evaluación y el diseño de intervenciones primarias, secundarias y terciarias, y a la investigación y el abordaje efectivo de las problemáticas psicológicas individuales y colectivas, de acuerdo con las características del contexto y en coherencia con los principios éticos de la profesión (Montes de Oca, 2020).

Específicamente, en torno al desarrollo infantil la Secretaría de Educación Pública (SEP, 2017) plantea que los procesos de desarrollo y aprendizaje en la primera infancia tienen un carácter integral y dinámico basado en la interacción de factores internos (biológicos y psicológicos) y externos (sociales y culturales). Asimismo, resalta el rol formador de maestras, familias y profesionales que intervienen en espacios de educación inicial, con el objetivo de generar experiencias educativas, para que las niñas y los niños pongan en práctica un conjunto de capacidades de distinto orden (afectivo y social, cognitivo y de lenguaje, físico y motriz) que contribuyan a su bienestar y calidad de vida.

En este sentido, el Programa de Educación Preescolar (SEP, 2017) enfatiza en la importancia de que las niñas y los niños adquieran las siguientes aprendizajes clave: regulación emocional, resolución de conflictos, confianza para expresarse, dialogar y conversar en su lengua materna, desarrollen el interés y gusto por la lectura, usen el razonamiento matemático, se interesen por la observación de fenómenos naturales y el medio ambiente, se apropien de valores necesarios para la vida en comunidad y mejoren sus habilidades de coordinación, control, manipulación y desplazamiento.

Alcanzar estos aprendizajes requiere aunar esfuerzos en diferentes sectores de la sociedad, de ahí que la universidad a través del servicio de práctica psicológica supervisada en desarrollo infantil, realice una aporte sustancial a las escuelas, albergues y jardines de niños de la Ciudad de México, a través de la realización de procesos de evaluación e intervención psicoeducativa que contribuyan a promover la comunicación, el lenguaje, la lectoescritura, el desarrollo socioemocional y la actividad motriz de las niñas y los niños, empleando modelos teóricos de enfoque ecológico y de servicio a los demás, que involucren activamente a la familia, la escuela y la comunidad en los procesos de intervención.

De ahí que el objetivo de este trabajo es analizar los procesos de apropiación de conocimientos y habilidades de las y los estudiantes de primer semestre de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México, que realizaron su práctica académica supervisada en escenarios de educación inicial.

#### Escenario de aplicación

Las prácticas académicas supervisadas en desarrollo infantil, se llevan a cabo a través de la conformación de una red de trabajo principalmente con organizaciones que atienden grupos en situación de vulnerabilidad. De ahí, que en este proceso se tejan redes de colaboración con escuelas del sector público y privado, así como albergues que atienden niñas y niños preescolares y población en situación de vulnerabilidad residente en la Delegación Álvaro Obregón de la Ciudad de México.

#### Descripción del servicio de prácticas académicas supervisadas en desarrollo infantil

Cada semestre, se lleva a cabo la práctica de desarrollo infantil en horario matutino y vespertino. Dentro del proceso de programación de los grupos, la jefa de prácticas contacta distintos escenarios

educativos con la finalidad de establecer vínculos de trabajo colaborativo con instituciones públicas o privadas que atienden a población en situación de vulnerabilidad o que no cuentan con servicios psicológicos. El establecimiento de la relación, consiste en acuerdos derivados de la presentación del programa de trabajo y es formalizado por medio de cartas compromiso y consentimiento informado, que los que se plantean los principios éticos que guiarán el trabajo de práctica.

Posterior a esto, se presenta a la supervisora o supervisor que acompañará a los estudiantes a la práctica. Estos profesores cuentan con sólidos conocimientos y experiencia profesional en el campo del desarrollo infantil; asimismo, participan en un curso de inducción que incluye elementos sobre el servicio a los demás, las características de la comunidad en la que se trabajará, además de elementos formativos propios de la disciplina.

Una de las funciones sustanciales de la práctica son los procesos de evaluación del desarrollo a través de pruebas de tamizaje como: la Guía Portage del Nacimiento a los Seis años (2006), la cual permite identificar el desarrollo del niño en distintas áreas: Comunicación/Lenguaje/Lectoescritura, Desarrollo Socio-Emocional, Exploración/Aproximaciones hacia el Aprendizaje, Actividad Motriz Intencional y Organización Sensorial. Con base en esta guía, se planifican actividades que tienen como propósito la adquisición de destrezas, habilidades y capacidades con las cuales se tiene la oportunidad de observar a los niños.

La práctica tiene un tiempo de duración de 10 sesiones realizadas a lo largo del semestre con una intensidad horaria de 2 horas cada sesión y una supervisión guiada por la supervisora o supervisor del grupo de estudiantes. Durante estas sesiones, los alumnos observan y trabajan con niños de 3 a 6 años; asimismo, complementan la información derivada de la Guía Portage, con una entrevista a la profesora titular del grupo. Como parte del trabajo de campo, los estudiantes elaboran hojas descriptivas y diarios de campo en los que integran la descripción de las actividades, los avances de las niñas y los niños, así como las áreas de oportunidad y propuestas de intervención.

#### Descripción de las técnicas

En el proceso de valoración, coevaluación y autoevaluación de las prácticas académicas en desarrollo infantil, se utilizan principalmente tres técnicas: Rúbrica, Diario de campo y Registro de retroalimentación del supervisor. A continuación, se describen las técnicas utilizadas en el análisis cualitativo (Coffey y Atkinson, 2004) realizado en el presente trabajo.

Diario de campo. Es una herramienta didáctica autorreflexiva, que integra la experiencia, autorreflexión y aprendizajes de cada practicante a lo largo de un periodo de tiempo. En el diario de campo el estudiante hace descripciones de la experiencia de trabajo con los niños, familias y maestros del escenario de práctica, también incluye la perspectiva personal y profesional, para poder documentar la trayectoria del día a día, a fin de integrar mejoras para el niño o la niña con la que se trabaja, en las áreas de desarrollo infantil.

Registro de retroalimentación del supervisor. Consiste en un escrito que hace el supervisor a partir de la lectura del Diario de campo de sus estudiantes y tiene el propósito promover procesos de reflexión y metacognición conjunta sobre la práctica en Desarrollo infantil. También es un material para reconocer avances en los procesos de aprendizaje, resolver dudas y plantear sugerencia de abordaje teórico-práctico de problemáticas o necesidades identificadas en el escenario.

#### Resultados alcanzados

Se realizó un análisis de contenido cualitativo de los datos (Coffey y Atkinson, 2004) el cual se obtuvo a través de la lectura y revisión de los diarios de campo y los registros de retroalimentación del supervisor en el marco de la práctica académica supervisada en desarrollo infantil. Este material permitió construir un sistema de categorías vinculadas con las siguientes dimensiones: Apropiación de conocimientos, Competencias profesionales, Retos de la práctica y Acompañamiento del supervisor (ver tabla 1).

Tabla 1

Significados atribuidos a la práctica académica supervisada en desarrollo infantil<sup>6</sup>

Categorías	Descripción de la categoría	Emergencia en el discurso			
		Apropiación progresiva y gradual de conocimientos			
		Al inicio de la práctica		En el desarrollo de la práctica	
Apropiación de conocimientos	Proceso de adquisición gradual de saberes, teorías y modelos de comprensión del desarrollo infantil que provee a los estudiantes de un marco teórico sólido y actualizado en los procesos de evaluación, diagnóstico e intervención psicoeducativa.	Conocimiento de las etapas de desarrollo en la primera infancia	Aprendizaje de técnicas y pruebas de evaluación integral del desarrollo infantil	Detección temprana de problemas del desarrollo	Apropiación de habilidades de observación y descripción de las conductas (verbales y no verbales) de las niñas y niños
		Desarrollo de la creatividad y estrategias didácticas en el trabajo	Habilidad de integración de la información recabada en la	Diseño de programas de intervención psicoeducativa desde un enfoque ecológico	Generación de reportes de los procesos de evaluación

<sup>6</sup> Fuente: elaboración propia con base en los registros escritos de los diarios de campo y retroalimentación del supervisor.

		con niñas y niños	evaluación	y sustentado en la evaluación	
<b>Competencias profesionales</b>	Conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los estudiantes deben desarrollar en su proceso de práctica académica para que logren integrar de manera gradual y progresiva el saber ser y el saber hacer del psicólogo.	Adaptabilidad y Flexibilidad al trabajo con comunidades de práctica	Escucha activa y genuina	Trabajo colaborativo	Capacidad para comunicar resultados de la práctica
		Identificación objetiva de áreas de oportunidad en la mejora de la práctica	Vinculación de la teórica con la práctica	Compromiso ético con los grupos en situación de vulnerabilidad	Iniciativa y autonomía en la toma de decisiones y elaboración de propuestas psicoeducativas
<b>Retos en la práctica</b>	Situaciones dilemáticas o necesidades que surgen en in situ y que requieren en los estudiantes el	Tolerancia a la frustración, superación de	Dificultad para captar la atención de niñas y niños	Ajustes en la planeación en modelos de práctica presencial	Desarrollar una visión ecológica en la intervención en Desarrollo infantil (incluir a

	despliegue de conocimientos, actitudes y ajustes razonables por parte de las y los estudiantes	temores y miedos	preescolares	s, híbridos o a distancia	las niñas y niños, familias, maestras y autoridades escolares) en el proceso psicoeducativo
<b>Acompañamiento del supervisor</b>	Procesos de andamiaje, comunicación y asesoría que se vinculan con el rol del supervisor y que contribuyen a la formación de los estudiantes.	Capacitación y entrenamiento en los procesos de evaluación e intervención en educación inicial	Acompañamiento académico y personal que brinda seguridad y apoyo en la solución de problemas	Compartir sus conocimientos en Desarrollo infantil y ofrecer asesoría teórico-práctica para mejorar el desempeño de los estudiantes	Apertura de espacios de retroalimentación y reflexión de la experiencia de práctica

A partir del análisis del discurso de las y los estudiantes, se pudo identificar que las experiencias de práctica académica supervisada en el campo del desarrollo infantil, favorecen que los alumnos tenga la oportunidad de una apropiación gradual y significativa de aprendizajes, tanto profesionales como personales, que les permiten adquirir progresivamente una mayor capacidad para vincular sus conocimientos teóricos con la práctica, construir un sentido ético y reflexivo de sus intervenciones en contextos de educación inicial; así como mayor autonomía y marcos de acción basados en la evidencia psicológica y el acompañamiento de la supervisión y jefatura de prácticas.

En relación con las competencias profesionales, se identificó que prácticas académicas en desarrollo infantil fomentan en los estudiantes procesos de observación y descripción que les permiten comprender los comportamientos de las niñas y los niños en el marco de un contexto cultural, familiar y educativo que permea su desarrollo cognitivo, motriz, social y emocional. Asimismo, se percibe un cambio en su discurso en dos niveles: profesional y personal; en tanto que la apropiación gradual de competencias, favorece la construcción de su identidad como psicólogos, el sentido de ser y servir a los demás, logrando de esta forma generar un proceso de crecimiento y transformación en diferentes dimensiones de lo humano.

Un análisis fino de los resultados obtenidos, permitió observar que, en el inicio de la práctica supervisada, los estudiantes refieren los retos a los que se enfrentan cuando trabajan con niñas y niños preescolares, las preguntas que les surgen en torno a sus procesos de desarrollo, así como la necesidad de involucrar a las familias y maestras en las actividades de evaluación e intervención.

También se encontró que un elemento fundamental para lograr estos procesos de apropiación de saberes, conocimientos y marcos de acción, se sustentan en verse a sí mismos como agente de cambio, así como comprender el significado de su práctica, más allá de un requisito académico; y percibirla como una oportunidad para ofrecer un servicio psicoeducativo que contribuye al bienestar de la población atendida, y les brinda la posibilidad de un buen comienzo en etapas críticas del desarrollo.

Las prácticas académicas en desarrollo infantil, plantean a los estudiantes retos constantes en torno a las situaciones cotidianas que se presentan en el aula, los problemas de aprendizaje y desarrollo que tienen las niñas y los niños, así como las demandas de las maestras y familias.

En el análisis del discurso, los estudiantes resaltaron la importancia de la supervisión, la cual cumple un rol sustancial en la construcción de conocimientos sobre el desarrollo infantil y los procesos de toma de decisiones del trabajo que realizan en las escuelas. Asimismo, destacan cómo el acompañamiento del supervisor y su retroalimentación es fundamental para tejer una vinculación entre la teoría y la práctica, así como solucionar los problemas a los que se enfrentan en escenarios reales.

En relación con lo anterior, se pudo identificar en los escritos del diario de campo de los estudiantes que la superación gradual de los temores o frustración inicial, se logra gracias a los procesos de contención emocional, capacitación y asesoría que les brindan sus supervisores de práctica, así como la construcción de un plan de trabajo basado en una programa psicoeducativo que responda a preguntas centrales como: ¿Cuáles son mis objetivos en la práctica en desarrollo infantil?, ¿Qué recursos necesito para lograr estos objetivos?, ¿Cuáles son los modelos y enfoques sobre desarrollo infantil que sustentarán el quehacer psicológico?, ¿En qué consistirá el proceso de evaluación e intervención?, ¿Cómo voy a reportar los resultados de mi práctica? Y ¿Cuáles son los espacios de autoevaluación, coevaluación y reflexión del trabajo realizado?

A partir de los resultados obtenidos en este trabajo, se puede concluir que el proceso de prácticas académicas que realizan las y los estudiantes en contextos que promueven el desarrollo infantil, les ha permitido apropiarse progresivamente de competencias (conocimientos, habilidades, actitudes y valores) para llevar a cabo procesos de observación, evaluación, diagnóstico e intervención en el campo de la educación inicial, procesos de detección temprana, así como asesorías psicoeducativas a familias y maestras, los cuales cobran un significado al incidir en el bienestar de los grupos en situación de vulnerabilidad, y en la propia transformación profesional y personal que les deja esta experiencia de práctica.

## Referencias

Coffey, A., y Atkinson, P. (2004). Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Universidad de Antioquia.

Díaz Barriga, A. (2005). “Las profesiones ante los nuevos retos. globalización, flexibilidad y competencias”, en T. Pacheco y A. Díaz Barriga. La profesión universitaria en el contexto de la modernización, Barcelona, Ediciones Pomares.

Díaz Barriga, F., Hernández, G., Rigo, M. A., Saad, E., y Delgado, G. (2006). Retos actuales en la formación y práctica profesional del psicólogo educativo. Revista de la Educación Superior, 35(1), 11-24. <https://www.redalyc.org/pdf/604/60413702.pdf>

De Diego, M., y Weiss, E. (2017). Participación guiada de psicólogos en formación en dos comunidades de práctica profesional. Perfiles Educativos, 39(155). 20-37. [https://perfileseducativos.unam.mx/iisue\\_pe/index.php/perfiles/article/view/58067/51293](https://perfileseducativos.unam.mx/iisue_pe/index.php/perfiles/article/view/58067/51293)

Montes de Oca, S. I. (2020). El ABC de las prácticas preprofesionales. Universidad Iberoamericana.

Paredes-Dávila, H. (2017). Revista Mexicana de Psicología Educativa, 5(1), 45-53.

Polo, A., Cortés, A., Monje, A., y Álvarez, L. (2013). “Ser para los demás”. Formación de psicólogos dentro del marco de la responsabilidad social. En Antonio Tena, Helena Varela y Laura Zamudio (Comp.), La Ibero y las Ciencias sociales (pp. 47-73). Universidad Iberoamericana.

Secretaría de Educación Pública. (2017). Educación preescolar. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/sep/acciones-y-programas/educacion-preescolar>

Schön, D. (1992). La formación de profesionales reflexivos. Paidós.

Rodríguez, F., De Diego, M., y Jurado, C. (2011). El programa de Escenarios Formativos: acercamiento temprano al ejercicio profesional del psicólogo en formación. En Juan Manuel Sánchez y Fabiola Rodríguez (Comps.), Proyecto Andamios Curriculares: hacia una nueva cultura de la formación universitaria (pp. 97-135). UNAM-Facultad de Psicología.

Rodríguez, F., y Seda, I. (2013). El papel de la participación de estudiantes de psicología en escenarios de práctica en el desarrollo de su identidad profesional, Perfiles Educativos, 35(14). 82-99.

## **Evaluación supervisada de Planes de prácticas en Psicología Clínica**

Ludmila Yolanda Alcántara Galván, Laura Amada Hernández Trejo y Mariana Oviedo Gómez,  
Ciudad de México, Julio 2023

### Resumen

Derivado de la necesidad de reducir riesgos en las prácticas supervisadas, la Coordinación de Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología abrió el Programa de Servicio Social “Diseño, Implementación y Evaluación de Programas de Práctica Supervisada en Psicología Clínica y de la Salud”; cuyo objetivo es la sistematización y evaluación de los programas de prácticas supervisadas de dicho claustro. De este se desprende el presente trabajo cuyo objetivo fue evaluar el desempeño supervisor en la fase de planeación de programas de prácticas supervisadas en Psicología Clínica y de la Salud, para el que se realizó una metodología cuantitativa y tuvo un alcance descriptivo de las puntuaciones obtenidas en ocho dimensiones: contextualización, aspectos normativos y éticos, características del programa, planeación, encuadre, desarrollo, evaluación y transición a la educación en línea, como resultado se obtuvieron 17 planes con promedios aprobatorios que oscilaron entre 4.07 y 4.94 por dimensión y una media general de 90.5% de aprobación.

Palabras clave: Planeación académica, Psicología Clínica y de la Salud, Prácticas supervisadas

Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México

[ludmita.galvan@gmail.com](mailto:ludmita.galvan@gmail.com) [laura.a.ht@gmail.com](mailto:laura.a.ht@gmail.com)

## Introducción

La Coordinación de Psicología Clínica de la Salud de la Facultad de Psicología tiene como propósito fundamental la formación teórico-práctica en el área clínica y de la salud a nivel licenciatura, dicha formación necesita promover los repertorios conceptuales y metodológicos que permitan comprender la problemática psicológica y posteriormente atenderla en todas sus modalidades de presentación (individual, familiar, grupal o comunitaria). Las prácticas de esta área tienen como objetivo relacionar los conceptos teóricos adquiridos en el aula con la práctica, dicho sistema de formación en la práctica, puede ser dentro del aula o en escenarios reales, ya sean internos (CSP “Dr. Guillermo Dávila” o CC “Dr. Julián MacGregor”) o externos (escuelas, fundaciones, asilos, hospitales, etc).

Hasta el semestre 2022-2 el registro de programas de prácticas supervisadas era opcional para los supervisores en psicología clínica y de la salud y es en el semestre 2023-1 cuando la Coordinación de Psicología Clínica y de la Salud comienza a hacer obligatorio el registro de programas por medio de planes de trabajo; abriendo el Servicio Social “Diseño, Implementación y Evaluación de Programas de Práctica Supervisada en Psicología Clínica y de la Salud” cuyo objetivo general es que los prestadores desarrollen competencias para la investigación del diseño, implementación y evaluación de programas de prácticas supervisadas.

Dentro de la oferta académica del área Clínica y de la Salud se encuentran las asignaturas teórico-prácticas, cuya práctica se realiza en escenarios reales; estas experiencias se pueden evaluar por medio de planes curriculares, competencias profesionales, niveles de reflexión, la autopercepción del desempeño en estudiantes y desempeño docente, ya que los estudiantes valoran de manera satisfactoria los ambientes de aprendizaje en espacios reales, una buena relación y apertura al diálogo con los docentes, actividades acordes a su área de desempeño y poseen expectativas altas sobre el desarrollo de competencias para su inclusión al área laboral (Liou et al.2013 citado en Ramírez 2021).

## Procedimiento

Para este trabajo se evaluó el desempeño del supervisor en la fase de planeación, de acuerdo con Gutiérrez et. al. (2018) la supervisión es el proceso de formación profesional en el que un supervisor o supervisora ofrece posibilidades de acompañamiento, descubrimiento y aprendizaje en escenarios reales, a los supervisados y las supervisadas mediante la integración reflexiva de la teoría con la práctica, para su desarrollo profesional autónomo y ético, para fines del presente trabajo se evaluó dicha planeación por medio de la puntuación obtenida por medio de la evaluación de Planes de Trabajo por medio de la “Rúbrica para la Validación de planes de trabajo de programas de prácticas supervisadas en Psicología Clínica y de la Salud” (PAPIME PE308220, 2020); en las ocho dimensiones, con un rango de puntuación de 1 a 5 puntos por cada una, permitiendo una puntuación máxima de 40 y mínima de 8 puntos para cada programa. Las dimensiones evaluadas fueron:

Contextualización del programa: Engloba el nombre de la práctica, la asignatura curricular con la que se vincula, datos sobre la institución incluyendo los servicios proporcionados, la población y principales problemáticas, así como las contribuciones del programa de prácticas.

Aspectos normativos y éticos: Conjunto de leyes, normas, códigos y/o reglamentos internos que garanticen la protección de cada uno de los agentes de la práctica: estudiantes, supervisores, usuarios e instituciones.

Características del programa: Descripción del mismo, justificación tanto formativa como social y objetivos, generales y específicos.

Planeación: Descripción general de lo que se realizará durante el programa: las competencias a desarrollar en los estudiantes, temas y subtemas teóricos, metas a corto, mediano y largo plazo; así como los recursos humanos, materiales y tecnológicos necesarios para que se lleve a cabo.

Encuadre: Engloba lo referente a los prerrequisitos para ingresar al programa, los créditos, fechas, horarios de práctica y una sesión de inducción al programa y centro para los estudiantes.

Desarrollo: Es la descripción detallada de cada unidad temática con actividades teóricas y prácticas, con sus respectivos objetivos y estrategias de enseñanza.

Evaluación: En ello se especifican los criterios de evaluación, sus porcentajes, actividades y técnicas, así como las rúbricas con las que se va a evaluar.

Transición a la educación en línea: Contempla el uso de TICs y TACs para la evaluación y atención integrando aspectos éticos y legales para la protección de cada uno de los agentes.

Previo al llenado de Planes de Trabajo en el formato de la Coordinación de Psicología Clínica y de la Salud, se realizaron capacitaciones y asesorías para su presentación y llenado a todos los supervisores interesados, adicional a ello se realizó un videotutorial de llenado y registro de planes como material complementario. Una vez que los programas de práctica supervisada fueron registrados por medio de la plataforma Google Forma se revisaron individualmente, posterior a ello se realizó un libro de hoja de cálculo en la que se incluyeron los datos de cada plan de trabajo (Supervisor, fecha de inicio y término en sede, asignatura, clave de asignatura, grupo, semestre, nombre de la práctica, tipo de sede e institución, cupo de estudiantes y usuarios atendidos), junto con sus respectivas calificaciones y observaciones.

Por último se realizó una retroalimentación en formato PDF dirigida al supervisor, mismo que incluye los datos sobre el programa de práctica, la puntuación y porcentaje de aprobación general, puntuaciones por rubro, así como comentarios y sugerencias en cada uno de ellos, para que puedan ser contemplados para futuros programas. En el caso de tener un porcentaje reprobatorio, se incluiría un apartado con fecha límite para entrega de plan corregido; sin embargo no fue necesario, ya que todos los planes contaron con un promedio aprobatorio.

Es importante recordar que el presente trabajo se realizó como parte del Servicio Social “Diseño, Implementación y Evaluación de Programas de Práctica Supervisada en Psicología Clínica y de la Salud” y todas las actividades fueron realizadas en supervisión de la Coordinación de Psicología Clínica y de la Salud.

### Resultados

Se evaluaron 17 Planes de Trabajo de prácticas supervisadas; estos planes corresponden a 16 supervisores pertenecientes al claustro de Psicología Clínica y de la Salud. Todos los planes corresponden a asignaturas del área de formación sustantiva (5° a 7° semestre) siendo Integración de Informes Psicológicos la que predomina y Teoría y Técnica de la Entrevista la que se encuentra en menor proporción (Figura 1).

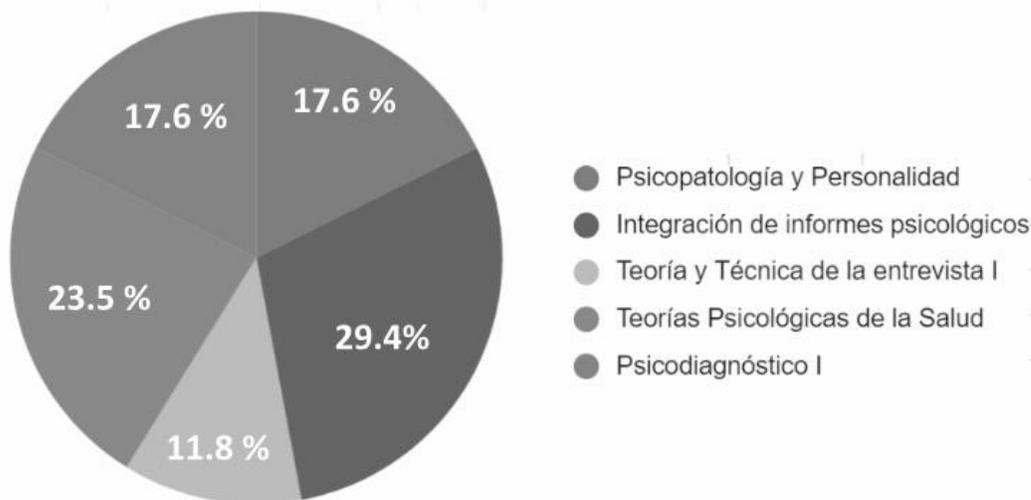


Figura 1. Asignaturas con Práctica Supervisada del semestre 2023-1

El 70.6% de ellos correspondientes a 7° semestre y 29.4% a 5° semestre. De igual modo el 70.6% se realizan en sedes externas a la Facultad de Psicología y el 29.4% se realizan en sedes internas (Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro” y Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”). En cuanto a los tipos de instituciones se registró una variedad de ellas, siendo las instituciones educativas las que se encuentran en mayor proporción y la Asociación civil la que se encuentra en menor proporción (Ver Figura 2).

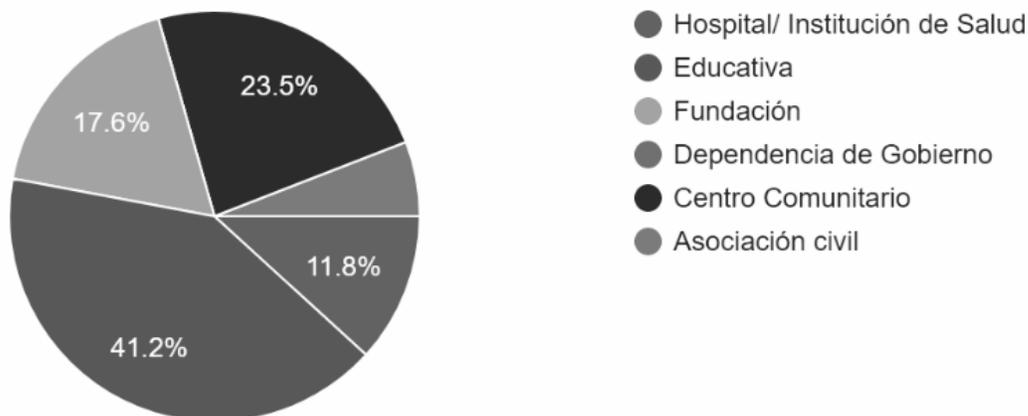


Figura 2. Tipo de instituciones de prácticas supervisadas del semestre 2023-1

Todos los planes de trabajo obtuvieron un porcentaje aprobatorio, en cuestión de cada uno de los rubros evaluados, véase tabla 1. Los dos rubros con menor puntuación fueron Aspectos Normativos y Éticos; cuyos comentarios y sugerencias van enfocados a especificar cuáles son los artículos que protegen a cada uno de los agentes (supervisor, estudiantes e instituciones y usuarios) también se sugirió colocar los puntos de los consentimientos informados de cada uno para que la descripción fuera más concisa. El segundo rubro de menor puntuación se encuentra en características del programa, en la cual la mayoría de las deficiencias se encontraba en la justificación del programa de prácticas; ya sea formativa, es decir la importancia que tiene para los estudiantes realizar dichas prácticas, como de relevancia social, es decir la importancia que tiene para la población y la institución donde se llevará a cabo dicho programa y la descripción general de la forma de trabajo. Mientras que en el resto de las dimensiones eran detalles leves los que se resaltan como sugerencias.

Tabla 1. Promedios y porcentajes por dimensión en planes de trabajo 2023-1

	Promedio por dimensión	Porcentaje de aprobación
Contextualización	4.41	88.24
Aspectos Normativos y éticos	4.07	81.33
Características del Programa	4.29	85.88
Planeación	4.65	92.94
Encuadre	4.82	96.47

desarrollo	4.93	98.67
Evaluación	4.53	90.59
Transición a la educación en línea	4.94	98.82
Media General de Planes		90.5
Mediana General de Planes		92.5
Moda General de Planes		95

### Conclusiones y Propuesta de mejora

Todos los Planes de trabajo contaron con una puntuación aprobatoria, es decir que contaban con la planeación adecuada para llevar a cabo un Programa de Práctica supervisada en Psicología Clínica y de la Salud, el uso del plan de trabajo ayuda a disminuir riesgo durante la práctica pues contemplaba la protección de todos los agentes participantes de la práctica, además incluye la planeación de las otras tres fases del desempeño supervisor: encuadre, desarrollo y evaluación. Entre las sugerencias de mejora se encuentra la constante capacitación de supervisores para el uso adecuado de los planes de trabajo e incluir un seguimiento en el encuadre, desarrollo y evaluación de dichos programas, así como la retroalimentación constante contemplando la perspectiva de los estudiantes, usuarios y sedes receptoras de los mismos.

### Referencias

Gutierrez L.M, Ruiz G.V., Valenzuela C.M.A., Díaz M.N., Morales C.S. (2019) Modelo de Supervisión para la Formación en la Práctica Profesional en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Ramírez T., L.E.(2022) Meta-síntesis y revisión sistemática del prácticum en psicología clínica y de la salud [Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología] Universidad Nacional Autónoma de México

Zabalza M. (2013) El prácticum y las Prácticas en las Empresas: en la formación universitaria, NARCEA

## Enseñanza de la definición del problema en el Modelo de Resolución de Problemas

Daniel Gutiérrez Sosa

Brief Therapy Center México.

### Resumen

El objetivo de esta investigación es presentar una aproximación didáctica en la enseñanza del modelo de terapia breve de Palo Alto. De los aspectos del esquema técnico del modelo, se considera en esta propuesta la enseñanza para el terapeuta principiante en el cómo definir el problema. Se estima que la congruencia entre la teoría de aprendizaje que se utiliza y el contenido que se ha de enseñar favorece el aprendizaje de una habilidad. Por lo que se considera la Teoría del Aprendizaje de Bateson como base. La metodología que se utilizó sigue el procedimiento original usado en el Mental Research Institute: observación a través de cámara de Gesell, grabación de la sesión, modelamiento de la actuación del terapeuta y la supervisión en vivo. Se hizo el análisis del proceso de enseñanza con un caso clínico, del que se presenta el proceso de identificación del problema. Como conclusiones se señala la necesidad de hacer más trabajo en la enseñanza del modelo considerando la congruencia entre cómo se enseña una habilidad, y la naturaleza misma de esa habilidad.

Palabras Clave: Supervisión, Terapia de resolución de problemas, Enseñanza, Modelo de Palo Alto.

### Abstract

The objective of this research is to present a didactic approach in the teaching of the Palo Alto Brief Therapy model. Of the aspects of the technical scheme of the model, the teaching for the beginner therapist is considered in this proposal in how to define the problem. It is estimated that the congruence between the learning theory that is used and the content to be taught favors the learning of a skill. So Bateson's learning theory is considered as a foundation. The methodology that was used follows the original procedure used in the Mental Research Institute: Observation through a one way mirror, session recording, modeling the therapist's performance and live supervision. The analysis of the teaching process was done with a clinical case, which is presented by the problem identification process. In conclusion, the need to do more work in the teaching of the model that considers the congruence between how a skill is taught, and the very nature of that ability.

Keywords: Supervision, Problem Solving Therapy, Teaching, Palo Alto Approach.

## Introducción

En enero de 1967 da inicio el proyecto que Richard Fisch le propone a Don Jackson, con la colaboración de Paul Watzlawick y John Weakland. La idea es formar el Centro de Terapia Breve [Brief Therapy Center] (BTC). Desde un inicio Fisch es el director del centro (Wittezaele y García, 1992).

El modelo ha sido llamado como de Terapia Breve y se pueden señalar sus principios básicos (Vargas, 2007): a) Aspecto no patológico. Para el equipo de Palo Alto, los problemas por los que vienen los consultantes no son el resultado de una patología, sino como el resultado lógico de cómo intentan resolver los problemas. b)

Aspecto no normativo. Con esto el modelo se refiere a que no se usan criterios para juzgar la salud o la normalidad del consultante o de su familia. c) Interacción. En el enfoque de resolución de problemas, las personas que mantienen un contacto constante es irremediable que se influyan las unas a las otras y que esta interacción sea redundante, es decir que se conforme como un patrón. Esta es la parte esencial del pensamiento interaccional. Constructivismo: Lo que vemos como hechos o verdades en realidad son constructos conceptuales para expresar como consideramos que funciona o no funciona.

Fisch, Weakland y Segal (1984) explican que la persistencia de los problemas, no solo es que una conducta simplemente se repita sino que también dicha conducta sea indeseada por el sistema consultante. Entonces para que un problema exista y se mantenga, deben de existir conductas problemáticas, y estas sean repetitivas dentro del contexto de interacción del paciente. Fisch y Schlanger (2012) comentan que las ideas del modelo se alejan de los conceptos de normalidad y anormalidad y se basan en la queja de quién consulta.

Para Fisch, Weakland y Segal (1984) la formación de un problema comienzan con una dificultad cotidiana, esta puede un acontecimiento que no es habitual o con una de las transiciones que existen en el transcurso de la vida - matrimonio, el nacimiento de un hijo, inicio de la escuela, etc. Para que una dificultad se transforme en un problema, se tienen que cumplir dos condiciones: 1) afrontar una dificultad de forma errónea; 2) Aplicar una dosis más elevada de la solución cuando no se resuelve la dificultad.

Si bien se puede hablar de los procedimientos del cómo llevar a cabo la terapia con este modelo, hay poca literatura que específicamente diga cómo se enseña el modelo a los terapeutas principiantes. De manera tradicional en Palo Alto se han mantenido algunos elementos: Cámara de Gesell, la grabación de las sesiones, el uso de equipos terapéuticos, el uso de intercomunicadores,

la participación activa del equipo en el proceso de las sesiones, las entradas y salidas del terapeuta del consultorio a la cámara de observación, para platicar con el equipo. Sin embargo no hay una propuesta específica de enseñanza que abarque todo el proceso terapéutico.

La propuesta que se presenta señala que es importante una congruencia entre las premisas del proceso de enseñanza y aprendizaje con los contenidos que se han de enseñar. En este caso se trata de considerar el proceso de aprendizaje que va a tener el alumno en la perspectiva de la teoría de aprendizaje de Bateson. Es decir que lo que se plantea que se ha de aprender se entiende de acuerdo a lo que Bateson indica que son aprendizajes de tipo I o II o III. Y dependiendo del proceso de interacción que se lleva a cabo con los alumnos para aprender aspectos del modelo de resolución de problemas, se diseña y se opera la didáctica a utilizar (Bateson, 1964).

Este trabajo tiene el propósito de mostrar cómo se puede enseñar uno de los elementos centrales del modelo de Resolución de problemas del BTC, en este caso de la definición del problema, con la congruencia entre el pensamiento sistémico y el proceso de enseñanza.

### Metodología

Los participantes antes de entrar al proceso de psicoterapia, fueron informados sobre cómo serían las sesiones, en donde estaría un grupo de tres terapeutas viéndolos a través de la videollamada, mientras que un terapeuta más estaría al frente de la sesión y dicha sesión sería grabada. Posteriormente se les mandó el consentimiento informado donde accedieron a las sesiones.

Se realizaron sesiones de 50 minutos a una hora, con un tiempo de 5 minutos para que los terapeutas intercambiaran puntos de vista sobre el caso, mientras el paciente se quedaba en espera en una sala virtual. Después de cada sesión se comenta el caso. Tanto en el momento mismo de la sesión, como después en el análisis de la misma se da el proceso de enseñanza, ya sea por medio del modelamiento, como por medio de las transcripciones y revisión de los videos.

### Resultados

A continuación se presenta una transcripción de cómo se va definiendo el problema.

Sesión no. 1 con mamá de Miriam<sup>7</sup>.

T: ¿Cuál es el problema que le trae aquí hoy?

P: (Inaudible) Intentó hacer la última vez, yo en lo personal llevó casi año y medio tomando terapia y ella también. Siempre hemos creído que el apoyo psicológico es lo que nos ha tratado de ayudar por esta situación que estamos pasando con ella. Eh, y bueno ella ha llevado diferentes tipos de terapias que hasta ahorita no había funcionado y en la última ocasión. Ahorita la está atendiendo

---

<sup>7</sup>Debido a la transcripción literal de la sesión, hay errores de redacción.

un suicidólogo y pues eh, él también me sugirió tener una sesión conmigo y pues en la sesión me comentaba que con lo que observaba con Miriam. Bueno la forma en que me lo explico, es que como que ha intentado salir Miriam de esta situación complicada que vive y de repente sale, él me hacía la referencia como que fuera un pez. Sacaban al pez, lo limpiaban y trataban como de que sobrelleva, pero al momento de regresar pues, al momento de regresar al agua o a la pecera, pues él me hacía mucha referencia que los temas emocionales principales que tenía Miriam, era con mi esposo y con mi hijo. Ella es la mayor, por cuestiones de carácter que ellos tienen, entonces.

T: Permítame preguntarle algunas cosas así como muy concretas, tal vez, de corte, de lo psicológico, pero para organizarnos. Porque cuando pensamos en trabajar en este contexto de la familia. Como le decía a ustedes, pueden ser preguntas que para ustedes pueden ser obvias, pero nosotros tenemos que hacerselas. Usted ¿Está casada?

P: Si.

T: ¿Cuánto tiempo tienen casados?

P: 17 años.

T: Su hija es la mayor.

P: Si.

T: ¿Cuántos años tiene ella?

P: 20.

T: Esa diferencia de edad entre los 20 años de ella y los 17 de ella ¿Por qué?

P: Mi esposo no es el papá de Miriam. Yo tuve una relación antes. Este, y bueno él no es el papá de Miriam, yo después de 3 años inicio la relación con mi actual pareja.

T: El papá de Miriam tiene participación en la vida de Miriam y en la de usted?

P: No, Nunca no sabemos nada de él.

Sesión no. 2 con papá de Miriam

T: ¿Cuál es el problema que ustedes han considerado que haya hecho que contactaran a un psicólogo?

P: Pues mira, eh nosotros estamos muy preocupados por Miriam, es algo que obviamente es algo que me preocupa, nos agota. Queremos agotar los medios necesarios para poder solucionar y este bien, osea, la principal preocupación de todos. Me atrevo yo a decir de todos, pues como familia nos preocupamos y lo hacemos de diferentes formas, pero el fin es el mismo. Yo creo que queremos, si yo estoy haciendo algo mal y le está perjudicando a ella pues lo voy a cambiar. Obviamente yo necesito que nos apoyen o asesoren a nosotros, porque como familia estamos

haciendo algo mal, que le desencadena a ella una preocupación o nada más a ella o a los demás que les perjudica la actitud, algo. Porque a veces nosotros no nos damos cuenta de cómo somos, nosotros tenemos una forma de ser, y la vemos normal porque así ha sido toda la vida, porque estoy así, porque estoy cómodo, porque tienes un punto de vista muy diferente. Entonces si estoy mal yo, no es lo que yo creía, entonces, el principal que queremos saber. Necesitamos unos especialistas que nos ayuden, nos asesoren, cómo podemos tratar a los hijos, como los podemos llevar a una mejor decisión, una mejor forma de vida, una vida sana mentalmente, porque, por ahí está el caso de mi hija.

T: Pues realmente quiero decirle que hemos empezado con la versión de su esposa con lo que pasa con Miriam, no he platicado con Miriam. No sé realmente como ella, su punto de vista como se ha vivido las cosas, pero si me interesa que usted me dé su opinión de lo que ha ido pasando, qué es lo que pasó. Por que yo entiendo esto, corrígame si me equivoco, Miriam intentó suicidarse, este, y eso como que movió las cosas en la familia.

P: Claro.

T: Aunque también entiendo, había tenido una serie de tratamientos psicológicos a lo largo de la historia. Osea ella ha tenido tratamientos psicológicos, e incluso psiquiátricos.

P: Si de hecho si.

T: Entonces por un lado está esa parte que podemos decir, ya tiene una historia, y que en algún momento, no es raro que pensemos que es un problema de la persona porque por alguna razón le hace tener este tipo de problemas. Pero ahora lo que entiendo que pasó, es que en este caso particular que vivió Miriam con el psicólogo que está ahorita, que es un especialista en estas cuestiones del suicidio, pues les dio esta sugerencia, les dio la sugerencia, como que había algo que ver en la familia, para ayudar a Miriam. Eso es lo que entendí que me contaron de la sesión anterior.

P: Si.

T: ¿Así lo ve usted o algo me está faltando?

P: No, completamente de acuerdo, añadiendo quizás algunos detalles por ahí. Miriam es mi hijastra no sé si eso se los platico.

T: Si tengo la información de toda la historia familiar, todo ese asunto de cómo se dio.

### Conclusiones

Una de las cosas importantes es que la enseñanza de este modelo se hace a través que los alumnos observen a un terapeuta en una cámara de Gesell, en ese sentido, hay una concordancia con lo que menciona Von Foerster (1984) Si tu deseas ver aprende a actuar. Al analizar los resultados podemos

observar la importancia del pensamiento batesoniano para poder enseñar el Modelo de Resolución de Problemas. No solo ha sido una parte fundamental en los conceptos para la creación del modelo, sino que también parte del pensamiento batesoniano, puede contribuir a enseñar de mejor forma el cómo aprendemos. Desde la creación del modelo hasta la fecha actual, aunque existen diversas investigaciones y libros sobre el modelo (Anger-Díaz, et al., 2004; Schlanger, 2021; Serrat et al., 2018), sin embargo, la literatura acerca de la enseñanza de hacer este tipo de psicoterapia es poca. Aunque los elementos que se han tenido a lo largo del tiempo como las supervisiones, los equipos a través de la cámara de Gesell, es necesario generar diferentes secuencias de patrones para poder enseñar. A través de entender cómo aprendemos y enseñamos el modelo, y generar nuevos métodos para estos mismos objetivos.

## Referencias

- Anger-Díaz, B., Schlanger, K., Rincon, C., & Mendoza, A. (2004). Problem-solving across cultures: Our Latino experience. *Journal of Systemic Therapies*, 23(4), 11–27.
- Bateson, G. (1964). Las categorías lógicas del aprendizaje y la comunicación. En G. Bateson (Ed.). (1997), *Pasos hacia una ecología de la mente* (pp. 309-338). Carlos Lohle.
- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Herder.
- Fisch, R. Y Schlanger, K. (2012). *Cambiando lo incambiable. La terapia breve en casos intimidantes*. Herder.
- García, M. (Ed.) (2007). *Estrategias de evaluación e intervención en psicología*. Porrúa.
- Schlanger, K. (Ed.) (2021) *Sobrevivir a la crianza de los hijos. Prácticas para pasarla bien juntos*. Herder.
- Serrat, L., Kiskeri, A., Diaz, G. & Schlanger, K. (2018) *Terapia breve y trauma complejo a través de un caso clínico en el Centro de Terapia Breve del Mental Research Institute*. *Revista Apuntes de Psicología*, 36(3), 173-180.
- Watzlawick, P. (Ed.). (1984). *The Invented Reality. How do we know what we believe we know?* (Contributions to Constructivism). Norton
- Witzezaele, J. Y García (1991) *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Herder.

## **Mesa 2**

Moderadora: Dra. Leticia María Jiménez López

## **Modelo comunitario aplicado en el Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho**

Hernández López Karla Gabriela, Rangel Marin Brenda y Diana Isabel Santos Pérez, México, Ciudad de México, 11 de agosto de 2023

Karla Gabriela Hernández López 415.15karlaher@gmail.com

Brenda Rangel Marin brendarangel873@gmail.com

Diana Isabel Santos Pérez diana.santosp@derecho.unam.mx

Universidad Nacional Autónoma de México

Palabras clave: Servicio Psicológico, modelo comunitario, primer nivel de atención, salud mental, universitarios.

Tipo de trabajo: Técnicas y herramientas profesionales

Perspectiva del estudiante

### **Resumen**

El Servicio Psicológico, forma parte del Programa de Salud Integral de la Facultad de Derecho, su objetivo es desarrollar estrategias de Promoción y Prevención de la Salud Mental, así como brindar atención basada en evidencia, con apego a las leyes vigentes y a las normas oficiales de la comunidad universitaria. Este objetivo se cumple a través de la formación supervisada de los y las estudiantes de servicio social, por lo que en el presente trabajo se describen las actividades que se realizaron en el Servicio Psicológico, en favor de la prevención y promoción de la salud mental en jóvenes y adultos (la mayoría miembros de la comunidad universitaria). Intentando explicar la funcionalidad teórica y práctica de la Terapia Cognitivo Conductual basada en un primer nivel de atención y el modelo de atención comunitaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en la guía mhGAP 2.0.

Las actividades desarrolladas durante el periodo de 6 meses fueron: 1. Atención comunitaria, 2. Promoción por medio de redes sociales, 3. Atención individual, 4. Atención grupal (Talleres) 5. Manejo de expedientes y 6. Capacitaciones, las cuales se describirán más adelante. De igual manera, este informe concluye con un análisis FODA, donde se describen las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que enfrenta el Servicio Psicológico, proponiendo algunas estrategias para mejorar la calidad que el servicio brinda.

Antecedentes teóricos:

### Salud Mental como Derecho

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Entonces, la salud mental y las enfermedades mentales están determinadas por muchos factores que están interactuando. El área social, psicológica y biológica, además de la salud y la enfermedad en general. Un ejemplo de la interacción entre el área social y la salud es el riesgo de enfermedades mentales asociadas a la pobreza (hacinamiento, educación limitada, estrés en el trabajo, bajo ingreso, inseguridad y desesperanza).

Otro factor es la conducta del individuo asociada al abuso de sustancias, violencia en general, de género e infantil. Las enfermedades físicas agudas y crónicas también influyen junto con la pobreza a problemas de salud mental que incluyen depresión, ansiedad, etc. (Petra, I., 2022).

En México, el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que “Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud [...] La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.”

Derivado de este artículo, para asegurar el acceso y la protección a la salud, los prestadores y prestadoras de servicios de salud se rigen bajo los lineamientos de la Ley General de Salud, (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2020) en particular en el apartado de “Salud Mental y la prevención de adicciones” se definen términos como salud y la protección a la salud, se aborda la importancia de que las personas obtengan servicios de salud oportunos, de calidad, con una atención profesional, ética y responsable, así como poder ser tratados con dignidad y respeto por los profesionales de salud. Además, resalta la importancia de priorizar el modelo de atención comunitaria de forma integral, interdisciplinaria, intercultural, intersectorial, con perspectiva de género, fomentando la participación de la persona atendida y de la comunidad.

### Salud mental en estudiantes universitarios

De acuerdo con Cuamba Osorio y Zazueta Sánchez (2022), el ambiente universitario ofrece diferentes retos para los jóvenes, los hace partícipes de experiencias que apoyan su desarrollo profesional y personal, por lo que, existen factores como los trabajos escolares, la sobrecarga académica, las participaciones en clase, entre otros, que demandan varios recursos de los estudiantes. Adicionalmente, se espera que los estudiantes trabajen al tiempo que estudian,

obtengan éxito personal y económico rápidamente, generando expectativas familiares, sociales y profesionales.

Esto les genera un alto grado de estrés, debido a la incapacidad para autorregularse, planificar y ser eficaces, afectando la percepción que tienen de sí mismos, favoreciendo estados emocionales negativos los cuales los llevan frecuentemente a obtener malos resultados. Además, una exposición a estados de estrés prolongado los hace más propensos a presentar trastornos del estado de ánimo, pérdida de conductas de autocuidado, ansiedad y depresión (Silva y de la Cruz, 2017, como se citó en Rosales Bonilla, 2021).

También es importante tomar en cuenta que las actividades académicas generan un desgaste físico y agotamiento, que a largo plazo generan dificultad para dormir, falta de motivación y problemas socio afectivos, que repercuten en la calidad de vida y pueden contribuir a una propensión a enfermedades como arteriosclerosis, infecciones recurrentes, envejecimiento prematuro del corazón o riesgo cardiovascular (Riveros Rosas, 2018).

Por lo anterior es importante prestar atención a la salud física y mental de esta población, ya que es relevante que los estudiantes universitarios gocen de una buena salud mental para hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender, trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad (Santillán, 2023).

#### Brecha de tratamiento y atención en México

De acuerdo con la OMS (2023) la proporción de personas con problemas de salud mental que no tienen acceso a tratamiento existe en todos los países, dicha proporción, varía en tamaño dependiendo de los recursos económicos y profesionales del área de la salud, en relación con su población total (Solera-Deuchar, 2022).

Para conocer la verdadera situación de la salud psicológica en nuestro país, de acuerdo con Heinze, del Carmen, & Carmona-Huerta (2016), para 2019 de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía existían 12 psicólogos por cada 10 mil habitantes, lo que sigue siendo insuficiente para la satisfactoria atención de la salud psicológica de los mexicanos (Cortés, F., 2021).

Algunos de los principales factores que contribuyen a la existencia de esta brecha es la estigmatización que existe alrededor de los trastornos mentales y la falta de conocimientos en salud mental que se ha asociado a un retraso en el reconocimiento de trastornos mentales y en la búsqueda de ayuda para afrontarlos; mostrando que tan solo una minoría de jóvenes que presentan un trastorno mental diagnosticable accede a ayuda profesional (Casañas, R., y Lalucat, Ll., 2018).

La salud mental de los universitarios es de interés creciente en las políticas públicas por la importancia de esta población en el desarrollo de los países y el impacto que tienen los trastornos mentales en el desempeño académico. Recientemente, el Proyecto UnivERsitario para Alumnos

Saludables (PUERTAS), de 6 universidades en México (dos públicas y cuatro privadas de cuatro diferentes estados) estimó que casi una tercera parte de universitarios de nuevo ingreso a la universidad padeció algún trastorno mental o por uso de sustancias y casi una cuarta parte presentó pensamientos o conductas de suicidio, pero únicamente 19.5% había recibido atención (Paz-Pérez, Gutiérrez-García, Benjet, Albor, Martínez-Martínez, Hermosillo De La Torre, González-González y Switalski, 2022).

Los niveles de atención de la salud

Fernández Cantón, (2019), explica que para que la población pueda atender su salud física y psicológica, el sistema de salud está dividido en un primer, segundo y tercer nivel de atención, con el objetivo de atender de forma eficaz y eficiente a la población que solicita el servicio. Para fines de este trabajo se profundizará solo en el primer nivel.

El primer nivel de atención es de fácil acceso para todas las personas y tiene un costo accesible, se basa en la detección de factores de riesgo para dar una atención programada y anticipatoria; y, promueve la participación de la comunidad con un papel protagónico en el autocuidado de la salud. Por lo anterior, para tratar los problemas relacionados con la salud psicológica se requiere personal entrenado en el primer nivel de atención para prevenir y disminuir la alta demanda de atención existente en el segundo y tercer nivel de atención que ocasiona que no todas las personas tengan atención psicológica. Por ello, de acuerdo con Van der Stuyft, P y De Vos, P. (2008) el primer nivel de atención psicológica juega un papel importante para que la población comience a atenderse en materia de salud psicológica; ya que, puede ayudar a la disminución de la brecha de atención y la demanda en los otros niveles (OMS, 2023).

La prevención, de acuerdo con Fernández Alves (2009) está relacionada con la disminución de la presencia de algún problema de salud psicológica, y la promoción se refiere a brindar una educación a la población, modificar conductas o instaurar programas que sean efectivos con el fin de, proteger, mejorar y mantener la salud psicológica brindar.

Además, con la publicación de la guía de intervención mhGAP, cualquier personal de salud desde el primer nivel de atención puede realizar una identificación oportuna en torno a la presencia de algún trastorno de salud mental; pero se destaca el papel del psicólogo en este trabajo, al promover con facilidad la participación de la comunidad en el autocuidado de la salud y, además, ser el enlace entre la comunidad y el equipo de salud (OMS, 2023).

Primer nivel de atención en el Servicio Psicológico de Salud Integral

La Facultad de Derecho de la UNAM cuenta con el Servicio de Salud Integral, el cual inició en el 2013 con el Servicio Médico, después en el año 2017 se integró el Servicio Psicológico, y finalmente en 2019 se instauró el Servicio Odontológico.

Desde 2017 el Servicio Psicológico brindó atención a personas como un servicio de Primer Nivel de Atención, pues está basado en el enfoque de la Atención Primaria de Salud y en un Modelo Comunitario que propone que la atención se debe proporcionar mediante los servicios generales que existen en la comunidad (Figura 1) con la finalidad de resolver las necesidades básicas de la población de manera eficaz y oportuna a través de actividades de promoción y prevención de la salud (OMS, 2007)

Los objetivos principales del programa son realizar actividades de prevención de las enfermedades mentales basándose en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, actividades de prevención de las enfermedades mentales; dichos objetivos se logran a través una estrategia de formación supervisada en el programa “Prevención y Atención de la Salud Mental de Estudiantes Universitarios” en el cual los y las estudiantes realizan su servicio social y prácticas profesionales. Al tener su sede en la UNAM, la población beneficiada es la comunidad universitaria, sin embargo, también abre sus puertas al público en general.

Figura 1

Pirámide de la combinación óptima de los servicios (OMS, \*WONCA ).

\*WONCA = World Organization of Family Doctors. Fuente: World Health Organization (2007). The optimal mix of services. WHO, Geneva



El Servicio Psicológico busca aportar a la disminución de la brecha de tratamiento empleando atención comunitaria enfocado en una problemática compartida por la comunidad universitaria debido a los factores de riesgo a los que se enfrentan los estudiantes universitarios haciéndolos más vulnerables de padecer algún problema de salud psicológica y física (Pozos Radillo, et al. 2015).

El Servicio Psicológico promueve y previene la salud física y psicológica, brinda atención individual a través de la consejería y la intervención breve. La promoción y prevención de la salud psicológica se realiza a través del modelo comunitario, mediante la creación y publicación de banners informativos, sobre temas de salud física y psicológica a través de las redes sociales como

Facebook, Instagram y Tiktok para tener un mayor alcance ya que las redes sociales en la actualidad son un canal por el cual se puede socializar y aprender sobre diferentes temas (Arab y Díaz, 2015)

Proporciona atención grupal brindando herramientas sobre diferentes temáticas como, la regulación emocional, habilidades de comunicación, manejo de estrés, etc. Se ha visto que la atención grupal ayuda a que las personas conozcan que no están solas y que hay personas que comparten ideas o sentimientos favoreciendo una mejoría (Serebrinsky, 2012).

En cuanto a la atención individual, se brinda consejo o intervención breve, el cual se asigna de acuerdo con los niveles de riesgo obtenidos en el Cuestionario de Detección de Riesgos de Salud Física y Mental (CDR), instrumento creado por la Facultad de Psicología en conjunto con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, como una respuesta a las necesidades sanitarias y de salud mental derivadas de la pandemia, el cuestionario contiene las manifestaciones más comunes de la guía de salud mental de la Organización Panamericana de Salud [OPS] del 2017, constituido por 100 reactivos distribuidos en los siguientes apartados: 1) depresión; 2) experiencias de psicosis; 3) ansiedad; 4) comportamiento infantil y adolescente; 5) epilepsia; 6) violencia; 7) sexualidad humana; y 8) autolesión y suicidio. Las opciones de respuesta de todos los reactivos fluctúan entre el cero (no presenta el síntoma) a 10 (Siempre). Los porcentajes de riesgo para cada nivel de salud mental son: Riesgo nulo de 0 a 9%; mínimo de 10 a 30%; bajo de 31 a 60%; medio de 61 a 90%; y alto de 91 a 100%. El instrumento, para el ejercicio actual, mostró un alfa de Cronbach de .96, y específicas entre 0.63 y 0.89; y varianzas explicadas entre el 54.74% y el 74.68%; además de que se le añadió la prueba de Detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test, ASSIST) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010); el ASSIST permite identificar el uso de diez tipos de sustancias psicoactivas: tabaco, bebidas con alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalables, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

Siguiendo a Talavera y Martínez (2008, como se citó en Morales Chaine, 2013) la intervención breve es un tipo de atención la cual está dirigida a la detección temprana de algún problema de salud psicológica con una duración de 5 a 12 sesiones, teniendo como objetivo brindar técnicas o estrategias que permitan el cambio conductual y así evitar que este avance y afecte las actividades cotidianas de las personas, a través de una evaluación inicial.

La atención individual que se brinda en el servicio psicológico además de utilizar los principios de la entrevista motivacional está basada en el enfoque cognitivo conductual, enfoque dentro de la psicología con mayor evidencia científica relacionada con la mejora en las personas que son atendidas a través de este modelo (Gonzales Balch, et al., 2018). Se basa en los principios, mecanismos y procesos que rigen la conducta, ayudando a que las personas atendidas puedan expresar las ideas e interpretaciones que tienen sobre sus síntomas y malestares, definir objetivos que les gustaría alcanzar con la intervención, además para que el malestar reportado disminuya, este enfoque les enseña a aplicar técnicas psicológicas que pueden implementar día a día (Londoño Salazar, 2017).

## Objetivo

El objetivo del trabajo es reportar los procedimientos de atención a las personas que solicitaron el servicio psicológico y de las actividades comunitarias que se llevaron a cabo a través de la formación del estudiante de Servicio Social, además de realizar un análisis FODA para identificar las fortalezas, las oportunidades, las debilidades y las amenazas del Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho.

## Actividades realizadas en el Servicio Psicológico

### Actividades Comunitarias

### Talleres

A lo largo del Semestre, a partir de las necesidades identificadas a través del examen general de salud que se aplica al ingresar a la carrera, se lleva a cabo el diseño e implementación de diversos talleres propios del Servicio Integral de la Facultad de Derecho, en los que se abordan temas de salud física y mental, como se aprecia en la Figura 2.

## Figura 2

### Ejemplo del banner de difusión



## Difusión en redes sociales

El Servicio Psicológico realizó actividades de promoción y prevención de la salud mental a través de las redes sociales: Facebook e Instagram. Primero se realizaba un cronograma con los temas a difundir, luego se establecen las fechas para la revisión de la literatura de cada tema, una vez verificada la información se elaboran banners informativos en la plataforma canva, con una fecha límite para ser revisados por los supervisores, para finalmente ser publicados cada semana.

## Promoción de la salud

El Servicio de Salud Integral de la Facultad de Derecho participó en la Feria de Salud organizada por la Facultad de Medicina, como se muestra en la Figura 3, para la cual, se preparó material didáctico. Específicamente, el Servicio Psicológico preparó infografías informativas sobre los problemas de salud mental más comunes detectados entre los estudiantes, los cuales fueron: depresión, consumo de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria, para facilitar las explicaciones y orientar a la población.

Figura 3

Promoción de la salud mental en la Feria de la Salud en la Facultad de Derecho



## Actividades de Atención Individual y Grupal

Procedimiento de atención a las personas que solicitan atención en el Servicio Psicológico

La atención individual y grupal se realiza bajo la revisión y retroalimentación de los supervisores, asignada de acuerdo con los puntajes de riesgo obtenidos en el Cuestionario de Detección de Riesgo de Salud Física y Mental (CDR). Siguiendo el procedimiento que se ve ilustrado en la Figura 4, cuando se recibe una solicitud de atención, se realiza lo siguiente:

Se asigna un terapeuta y un coterapeuta, una hora y un día para la sesión dependiendo de la disponibilidad de estudiantes y el horario de la persona.

Se tiene un primer contacto definido como el primer encuentro entre el terapeuta con la persona que solicitó la atención, en el que se explica más a detalle los servicios que se ofrecen, se presenta el consentimiento informado, se le abre un expediente electrónico, se toman datos sociodemográficos, se le solicitan documentos de identificación oficial como INE o credencial escolar y su tira de materias y se obtiene mayor información sobre el motivo de consulta.

Se descartan y se detectan factores de riesgo y con el objetivo de tomar decisiones sobre el siguiente paso, que podría ser la admisión al servicio, solo brindar orientación y consejo breve o realizar una referencia a una institución de segundo o tercer nivel de atención.

Se brinda consejo breve: psicoeducación de los síntomas, factores de riesgo y de protección identificados, se realiza modelamiento de técnicas de regulación emocional, solución de problemas y se realiza un plan de acción, dependiendo del caso. Si se detectan varios factores de riesgo y además la persona no cuenta con redes de apoyo se procede a realizar la admisión al servicio.

Dependiendo el motivo de consulta y sintomatología actual, se realiza una evaluación con instrumentos adaptados y validados como: el Inventario de Beck Ansiedad (BAI, Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), el Inventario de Beck Depresión (BDI, Jurado et al., 1998), el Patient Health Questionnaire PHQ-9 (Spitzer, R., Williams, J., Kroenke, K., 1999), la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton, M., 1959) (Lobo A, Camorro L, Luque, A. et al. Validación de las versiones en español, 2002), el Formulario de Categoría de Suicidio (CAMS) (Jobes, D. 2016), la prueba de Detección de consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test, ASSIST) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), y, el Cuestionario de Impacto de Eventos TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático), (Horowitz, M., y Alvarez, W. 1979). La evaluación con instrumentos confiables y válidos permite tener mayor conocimiento de la problemática de la persona atendida, y de igual manera tener un apoyo para tomar decisiones respecto al tipo de atención que se le proporcionará: atención individual, atención grupal o referencia al nivel de atención que requiere la persona.

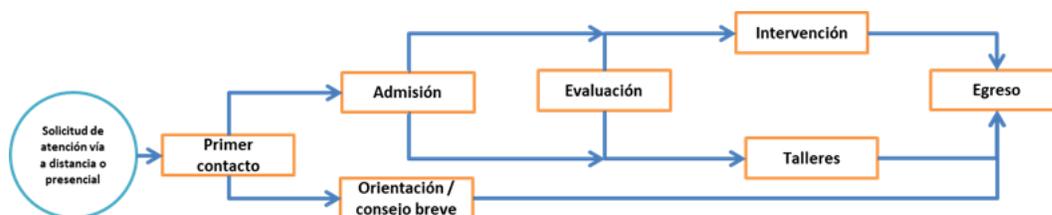
Intervención individual, se establecen metas junto con la persona atendida y se realiza un plan de servicios, en el cual se plasman las conductas problema, las conductas meta y el procedimiento que se llevará a cabo para alcanzar cada una de las metas establecidas.

Intervenciones grupales (talleres) se le comentan los detalles de este tipo de atención a la persona atendida, como la modalidad, el número de sesiones, los temas a abordar y el motivo por el cual se le asignó esta atención y se le invita a acudir a las sesiones, al finalizar la atención se realizan sesiones de seguimiento.

Al finalizar las intervenciones se realiza un plan de prevención de recaída y una hoja de egreso colocando un resumen de todo el proceso de atención y el motivo del egreso, el cual puede ser por alta/cierre cuando se alcanzaron las metas planteadas; egreso por referencia, cuando se le refiere a un segundo nivel de atención; interrupción del tratamiento con mejoría, o por interrupción del tratamiento sin mejoría. Además, se solicita el llenado de un cuestionario de Satisfacción con el Servicio.

Figura 4

Procedimiento de atención a las personas que solicitan el servicio psicológico (Diagrama tomado de la Coordinación de Centros de Formación de la Facultad de Psicología)



Resultados obtenidos

Descripción de las personas Atendidas

Atención individual

En 2022, el Servicio Psicológico atendió 163 personas; de las cuales 101 fueron mujeres, 60 hombres y 2 sin datos; se puede observar que 154 de ellos pertenecían a la comunidad UNAM, 8 mencionaron no pertenecer a la comunidad y 1 sin datos. En específico 151 eran estudiantes, 3 administrativos, 1 de personal académico y 7 personas de público general con una edad promedio de 22.8 años. Los principales padecimientos reportados por las personas atendidas se describen en la Tabla 1 y Tabla 2.

Tabla 1

Padecimientos reportados por las personas atendidas de acuerdo con la guía de intervención mhGAP en el 2022

Padecimientos de acuerdo con la guía mhGAP	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	62	38
Psicosis	2	1.2
Trastornos mentales y conductuales	4	2.5
Trastornos por uso de sustancias	4	2.5

Autolesión/suicidio	16	9.8
Otros padecimientos	60	36.8
Sin Datos	14	

Tabla 2

Otros padecimientos de salud mental reportados por las personas atendidas en el 2022

Otros padecimientos de Salud Mental	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	61	37.4
Problemas interpersonales	24	14.7
Problemas académicos	3	1.8
Duelo	18	11
Autoestima	6	3.7
Control emocional	4	2.5
TEPT	2	1.2
Violencia/sexualidad	14	8.6
Trastorno Límite de la Personalidad	1	0.6

El estatus de las personas que fueron atendidas en el Servicio Psicológico durante el 2022, en este periodo de tiempo de las 163 personas, 32 estuvieron en consejo breve, 12 en intervención, 1

persona en tratamiento, a 18 personas se les realizó rescate, se egresaron 91, a 4 se les brindó seguimiento y por último, no se tienen datos del estatus de 5 personas.

### Actividades Comunitarias

Respecto a las actividades comunitarias, como parte del nivel de prevención universal, el Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho realizó campañas informativas de prevención y promoción de la salud, por medio de la plataforma Facebook. Estas campañas (Figura 5), estuvieron dirigidas al público en general (Tabla 3) con el fin de prevenir algún problema de salud mental; indicando medidas para evitar desarrollar dicho padecimiento, rutinas de higiene, compartiendo técnicas autodirigidas para disminuir la sintomatología presentada, añadiendo los datos de contacto y horarios de atención del Servicio Psicológico, y siempre invitando a la población a acudir con algún profesional de la salud para atenderse.

Figura 5

Evidencia de campañas de prevención y promoción en redes sociales



Tabla 3

Impacto de campañas de redes sociales compartidas en el 2022

Campana	Alcance (K)	Clicks totales	Reacciones y comentarios	Interacción total	Veces compartido
Habilidades para la vida	15,799	1,329	285	17,515	102
Manejo de ansiedad	5,705	422	101	6,268	40
Manejo de depresión	11,767	795	180	12,822	80
Mejora del sueño	4,199	172	81	4,477	25
Prevención de consumo de sustancias	3,720	160	51	3,942	11
<b>Total</b>	<b>41,190</b>	<b>2,878</b>	<b>698</b>	<b>45,024</b>	<b>258</b>

Además, en el mismo año, se impartieron 22 talleres, de los cuales la mayoría fueron en línea, con un total de 74 horas impartidas; donde se atendieron a 764 personas. Los talleres que fueron transmitidos en vivo por la plataforma Facebook, obtuvieron un alcance de 41,190 vistas e interacciones, y también fueron 45,024 veces compartidos por los usuarios.

Con los talleres impartidos se lograron atender a un mayor número de personas en menor tiempo, y con base en los niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria (OMS, 1998) los podemos clasificar en:

Prevención Universal (primaria)

Como se aprecia en la Figura 6, se realizaron talleres en colaboración con la Facultad de Medicina y la Facultad de Odontología como, "Bruxismo: ansiedad en mis dientes" y "Fibromialgia: un dolor silencioso"; además, como talleres propios del Servicio psicológico, como el taller titulado "Manejo de las emociones y solución de problemas en el aula". Los cuales estuvieron dirigidos a

la población en general, y se transmitieron en vivo, con el fin de evitar la aparición de algún problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes.

Figura 6

Evidencia del taller “Fibromialgia: un dolor silencioso”, y “Manejo de las emociones y solución de problemas en el aula”



## 2. Prevención Selectiva (secundaria)

Intervención grupal (talleres): fueron diseñados con base en temas específicos detectados en la población, buscando detener o retardar el progreso de un problema de salud presente en la vida de un individuo en cualquier punto de su aparición. Con base en los resultados del CDR considerando solamente a las personas que se encuentran con riesgo mínimo y bajo. Estas intervenciones grupales se llevaron a cabo en modalidad virtual abordando temas como: “Manejo de ansiedad”, “Habilidades para la Vida” y “Hablemos de Violencia”.

En la Figura 7, podemos observar la comparación de los resultados pre y post del Inventario de Depresión de Beck; y en la Figura 8 se presenta la comparación de los resultados pre y post del Inventario de Ansiedad de Beck, en ambos inventarios se muestra un aumento inesperado en los niveles moderado y severo, lo cual se podría atribuir a un sesgo de inasistencia, lo que puede indicar que no adquirieron todas las técnicas de regulación completas. Al finalizar el taller se aplicó un cuestionario de satisfacción, donde se recabaron únicamente respuestas positivas.

Figura 7

Comparación de los resultados pre y post del Inventario de Depresión de Beck del taller “Habilidades para la vida”

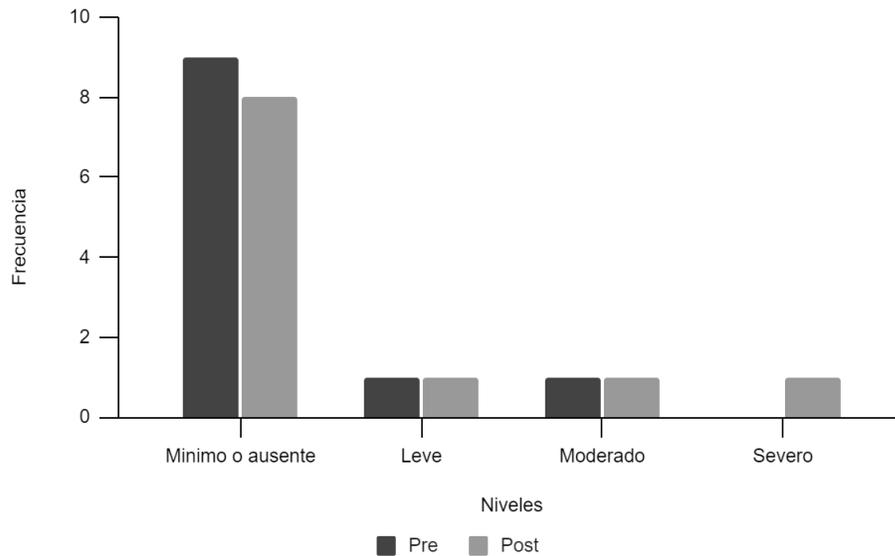
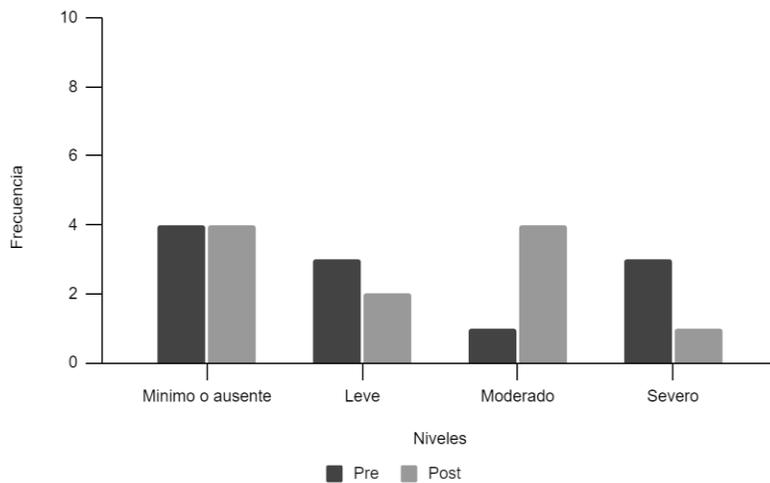


Figura 8

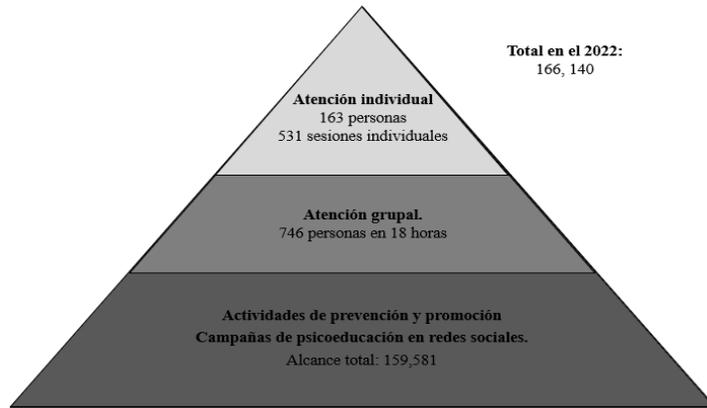
Comparación de los resultados pre y post del Inventario de Ansiedad de Beck del taller “Habilidades para la vida”



En la figura 9 se presenta una pirámide, basada en la adaptación al modelo comunitario con los resultados de las personas atendidas durante el 2022.

Figura 9

Total de personas alcanzadas en el 2022



A continuación, se describe un análisis FODA (Tabla 4) para examinar los factores positivos y negativos que enfrenta el Servicio Psicológico, con base en los resultados obtenidos a lo largo del informe.

#### Análisis FODA

El beneficio de realizar esta evaluación al Servicio Psicológico es que, ayudará a planificar estrategias que aporten al crecimiento del servicio, mejorando su función. Se puede confiar en la eficacia de esta herramienta, debido a que, se consideran los factores humanos, materiales, tecnológicos, metódicos y económicos que representan las influencias del ámbito externo al Servicio Psicológico, que inciden sobre su quehacer interno puesto que pueden favorecer o poner en riesgo el cumplimiento de la misión del mismo (Instituto Politécnico Nacional, 2002).

Tabla 4

Análisis FODA del Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho

Factores	Positivos	Negativos
Internos	Fortalezas	Debilidades

	Cumplimiento de procedimientos de la Ley General de Rotación de los estudiantes por semestre Salud	Desgaste emocional y físico por parte de los psicólogos y supervisores
	Incremento en el número de capacitaciones y supervisiones proporcionadas	Falta de competencias en los estudiantes para identificar y manejar conductas de riesgo relacionadas con la salud física
	Actividades de promoción de la salud	Tiempo de espera para asignar atención en periodo de alta demanda por falta disponibilidad de los psicólogos
	Cumplimiento de procedimientos del modelo comunitario, logrando un mayor número de personas atendidas	Falta de espacio físico en periodos de alta demanda
	Capacidad de seguimiento a las referencias	Falta de equipo de cómputo para elaborar material digital necesario
	Vinculación y colaboración con otras disciplinas: Medicina, Odontología.	
	Vinculación interinstitucional con atención de segundo y tercer nivel	
	Incremento de recursos humanos en el escenario con formación supervisada	
Externos	Oportunidades	Amenazas
	Promover el servicio entre el estudiantado de Psicología para incrementar la participación de los mismos en el escenario	Alta demanda en periodos de exámenes Baja participación de la comunidad en actividades de prevención en la salud
	Fortalecimiento del trabajo inter y multidisciplinario	Creencias y percepciones sobre salud y enfermedad
	Implemento de la modalidad por línea	

El siguiente paso es generar la Matriz FODA (Figura 10), la cual nos indica cuatro estrategias alternativas conceptualmente distintas, que son:

La Estrategia DA (Mini-Mini). El objetivo es el de minimizar tanto las debilidades como las amenazas.

La Estrategia DO (Mini-Maxi). El objetivo es minimizar las debilidades y maximizar las oportunidades.

La Estrategia FA (Maxi-Mini). Su objetivo es maximizar las Fortalezas mientras se disminuyen las Amenazas.

La Estrategia FO (Maxi-Maxi). Su objetivo es maximizar tanto sus fortalezas como sus oportunidades (Instituto Politécnico Nacional, 2002).

Figura 10

Matriz FODA, estrategias para mejorar

Factores Internos y Externos	Lista de Fortalezas	Lista de Debilidades
	<p>F1. Cumplimiento de la Ley General de Salud</p> <p>F2. Incremento de capacitaciones y supervisiones</p> <p>F3. Actividades de promoción de la salud</p> <p>F4. Cumplimiento del modelo comunitario</p> <p>F5. Capacidad de seguimiento a las referencias</p> <p>F6. Vinculación y colaboración con otras disciplinas</p> <p>F7. Vinculación interinstitucional con atención de segundo y tercer nivel</p> <p>F8. Incremento de recursos humanos en el escenario</p>	<p>D1. Rotación de los estudiantes por semestre</p> <p>D2. Desgaste emocional y físico de los recursos humanos</p> <p>D3. Falta de competencias en los estudiantes para identificar y manejar conductas de riesgo</p> <p>D4. Tiempo de espera para asignar atención en periodo de alta demanda por falta disponibilidad</p> <p>D5. Falta de espacio físico en periodos de alta demanda</p> <p>D6. Falta de equipo de cómputo</p>
Lista de Oportunidades	FO (Maxi-Maxi)	DO (Mini-Maxi)

<p>O1. Promover el servicio entre el estudiantado de Psicología para incrementar la participación de los mismos en el escenario</p> <p>O2. Fortalecimiento del trabajo inter y multidisciplinario</p> <p>O3. Implemento de la modalidad por línea</p>	<p>O1, F8- Utilizar a favor las redes sociales para dar a conocer la labor del Servicio Psicológico, invitando así a la comunidad estudiantil a participar en el programa, beneficiando al servicio.</p> <p>O2, F2, F4, F6- Diseñar e implementar capacitaciones interdisciplinarias, que preparen integralmente a los estudiantes de psicología, para mejorar la calidad de la atención proporcionada, logrando un mayor alcance en la población universitaria, lo que elevará el reconocimiento del Servicio de Salud Integral.</p> <p>O3, F2, F3, F4- Promover el uso de las TICS para explotar esta modalidad y recursos tecnológicos y poder seguir con la atención comunitaria, promoviendo la salud mental y atendiendo al mayor número posible.</p>	<p>D1, O1- Promover las prácticas extracurriculares y servicio social, para que los estudiantes continúen en el programa, o bien, se inscriban más y así evitar saturar a los estudiantes que están por terminar sus programas.</p> <p>D2, O1- Si hay un incremento de recursos humanos, disminuirá el desgaste de los estudiantes al repartir más equitativamente el número de personas a atender.</p> <p>D3, O2- Con apoyo de capacitaciones por parte del Servicio Médico y Odontológico, los estudiantes de psicología pueden adquirir más conocimientos y habilidades para brindar una atención integral.</p> <p>D4, D5, O1, O3- Aprovechar el uso de plataformas digitales como zoom y google meet, para continuar atendiendo a las personas sin necesidad de un espacio físico, como se trabajó durante la pandemia. Y con el aumento de recursos humanos, el tiempo de espera para asignar atención se reducirá.</p>
<p>Lista de Amenazas</p>	<p>FA (Maxi-Mini)</p>	<p>DA (Mini-Mini)</p>
<p>A1. Alta demanda en periodos de exámenes</p>	<p>A1, F2, F5, F6, F7, F8- Aprovechar la entrada de más recursos humanos, capacitando</p>	<p>A1, D4, D5- Diseñar una estrategia para implementar la atención en línea a las personas que dispongan</p>

<p>A2. Baja participación de la comunidad en actividades de prevención en la salud</p> <p>A3. Creencias y percepciones sobre salud y enfermedad</p>	<p>los tanto en temas propios de atención psicológica como, capacitándolos en temas de Medicina y Odontología; y distribuyendo estratégicamente las actividades a realizar y los casos que atenderán cada psicólogo en formación, dependiendo de sus capacidades identificadas.</p>	<p>de un espacio privado en el que puedan tomar las sesiones, liberando espacios físicos y atendiendo la misma o mayor cantidad de personas, controlando así la alta demanda.</p> <p>A2, A3, D3- Diseñar e implementar un programa de desarrollo del talento humano, para que los estudiantes adquieran estrategias de mercado y motivación. De esta manera, promover actividades comunitarias de salud mental y preparar material informativo que se publiquen en redes sociales para compartir información verídica que ayude a erradicar las dudas o tabúes que rondan la salud mental.</p>
---	---	--

Discusión

El Servicio Psicológico tan solo en el 2022 realizó (y continúa haciendo) actividades de promoción y prevención, a través de campañas en redes sociales, talleres psicoeducativos y en colaboración con el Servicio de Salud Integral, los cuales han impactado un número de personas: 159, 581; además de brindar atención individual y grupal, alcanzando una cifra total de 166,140 mil personas atendidas. Comprobando de esta manera, la función de emplear el modelo comunitario de forma eficiente.

Estas actividades son realizadas por estudiantes de pregrado, psicólogos en formación, los cuales al realizar prácticas extracurriculares o servicio social, cuenta con capacitaciones y supervisión constante durante su estancia que los prepara para un escenario real, permitiéndoles desarrollar habilidades sobre la realización de primeros contactos y el procedimiento que se lleva a cabo para brindar atención a las personas que lo solicitan, dicho procedimiento basado en la Ley General de Salud.

Así mismo, adquieren conocimientos acerca de la entrevista motivacional, la detección de factores de riesgo, la aplicación de instrumentos de evaluación y la aplicación de los principios del análisis conductual, refuerzan conocimientos teóricos sobre diversos trastornos mentales; así como las técnicas fisiológicas, conductuales y cognitivas de intervención que son de utilidad para la regulación emocional. También, los estudiantes aprenden cómo realizar primeros auxilios

psicológicos y el abordaje, acompañamiento y referencia de casos de alto riesgo en autolesión y suicidio. Les ayuda a mejorar habilidades de comunicación, manejo de grupos y reforzando el trabajo en equipo de manera integral.

### Conclusiones

Las recomendaciones que hacemos con base en los resultados del análisis FODA (véase en la Figura 14) para mejorar los servicios que ofrece el Servicio Psicológico son: las fortalezas son el incremento de estudiantes en el escenario, de capacitaciones, la colaboración con otras disciplinas y la vinculación interinstitucional con atención de segundo y tercer nivel (apegándose al modelo comunitario), las cuales van a servir para aumentar la cantidad y calidad de personas atendidas durante el semestre, y al mismo tiempo disminuir el tiempo de espera para recibir el tratamiento adecuado.

Las debilidades se contrarrestan con el aumento de los estudiantes; la falta de espacios mobiliarios se puede solucionar con la atención por medio de plataformas digitales (zoom o google meet), cómo se realizaron durante la pandemia; y la parte de desgaste emocional y falta de competencias por parte de los estudiantes se está contrarrestando con las capacitaciones otorgadas, y también se podrían implementar sesiones grupales donde se les permita a los alumnos practicar en conjunto técnicas de relajación y regulación emocional.

La parte de las amenazas, como lo son las creencias sobre la salud mental, irán disminuyendo con las actividades de promoción promoviendo inclusión social y disminuir el estigma asociado a los trastornos y la salud mental, informando por redes sociales datos verídicos y confiables relacionados con temas de salud-enfermedad. Y utilizando las oportunidades que tiene el servicio de trabajo inter y multidisciplinario ayudan a fomentar la participación de la comunidad estudiantil.

### Referencias

Arab, L. E., & Díaz, G. A. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 7–13. doi:10.1016/j.rmclc.2014.12.001.

Casañas, R. y Lalucat, Ll. (2018). Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la alfabetización de los adolescentes. <https://acortar.link/uyrVSK>

Cuamba, N., Zazueta N. (2022). Salud mental, habilidades de afrontamiento y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *PSICUMEX*, Vol. 10, No. 2, pp. 71-94 DOI: 10.36793/psicumex.v%vi%i.350

- Fernández Alves, R et al. (2019). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de psicología*, 61, (2). <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v61n2/v61n2a09.pdf>
- Fernández Cantón, S. (2019). Una aproximación a la seguridad del paciente en el primer nivel de atención. *Boletín CONAMED*, 23 (4). <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin23/b23-1.pdf>
- González-Blanch, C., Ruiz-Torres, M., Cordero-Andrés, P., Umaran-Alfageme, O., Hernández-Abellán, A., Muñoz-Navarro, R., & Cano-Vindel, A. (2018). Terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica en Atención Primaria: un contexto ideal. *Revista De Psicoterapia*, 29(110), 37–52. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.243>
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32 (1), 50-55.
- Heinze, del Carmen, & Carmona-Huerta. (2016). Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v39n2/0185-3325-sm-39-02-00069.pdf>
- Horowitz, M., y Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: una medida del estrés subjetivo. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/472086/>
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2020). Guillermo Soberón y la creación de la Ley General de Salud. <https://insp.mx/avisos/guillermo-soberon-y-la-creacion-de-la-ley-general-de-salud>
- Instituto Politécnico Nacional. (2002). Metodología para el análisis FODA. [https://www.academia.edu/7109369/INSTITUTO\\_POLIT%C3%89CNICO\\_NACIONAL\\_METODOLOG%C3%8DA\\_PARA\\_EL\\_AN%C3%81LISIS\\_FODA](https://www.academia.edu/7109369/INSTITUTO_POLIT%C3%89CNICO_NACIONAL_METODOLOG%C3%8DA_PARA_EL_AN%C3%81LISIS_FODA)
- Morales Chainé, S., Martínez Martínez, K. I., Carrascoza Venegas, C., Chaparro Caso López, A. A., & Martínez Ruíz, M. J. (2013). Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las adicciones. *Salud y drogas*, 13(2), 109-116. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83929573003.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). <https://acortar.link/NYIQhz>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). Cerrar la brecha de salud mental. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/closing-the-mental-health-gap>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada versión 2.0. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34071/9789241549790-spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y>
- Paz-Pérez, M.A., Gutiérrez-García, R.A., Benjet, C., Albor, Y., Martínez-Martínez, K.I., Hermsillo De La Torre, A.E., González-González, R. y Switalski, C. (2022). Estudio exploratorio de preferencias y barreras de atención para la salud mental en universitarios. *Health and Addictions*

/ Salud y Drogas, 22(1), 226-235.  
<https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=654&path%5B%5D=533>

Petra, I. (2022). Concepto de salud mental y normalidad. <https://psiquiatria.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/06/2022-Salud-Mental-y-Normalidad.pdf>

Pozos Radillo B, et al. (2015). Estrés académico y síntomas físicos, psicológicos y comportamentales en estudiantes mexicanos de una universidad pública. Universidad de Guadalajara México. <https://n9.cl/8g1f4>

Riveros Rosas, A. (2018). Los estudiantes universitarios: vulnerabilidad, atención e intervención en su desarrollo. Revista Digital Universitaria Vol. 19, Núm. 1. DOI: <http://doi.org/10.22201/codeic.16076079e.2018.v19n1.a6>

Rosales Bonilla, R., Chávez-Flores, Y. V., Pizano, C., (2021). Promoción de la salud mental en el ámbito universitario. Enseñanza e Investigación en Psicología, 3(1), 1-9.

Santillán, M. (2023). Cómo afecta la salud mental en el rendimiento escolar. <https://ciencia.unam.mx/leer/1412/como-afecta-la-salud-mental-en-el-rendimiento-escolar>

Serebrinsky, H., (2012). Psicoterapia de grupo. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo", 10(2), 132-155. <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545462001.pdf>

Solera-Deuchar, L. (2022). Día Mundial de la Salud Mental: los retos de cerrar la brecha de atención en México y América Central. Medecins Sans Frontieres. <https://n9.cl/x7icl>

Van der Stuyft, P & De Vos, P. (2008). La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. Revista Cubana de Salud Pública, 34(4) [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400014&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400014&lng=es&tlng=es).

World Health Organization (2007). The optimal mix of services. WHO, Geneva. <http://s3.amazonaws.com/CursosResidencias/Bibliografia/Psiquiatria/Organizacion-de-los-servicios-de-salud-mental.-El-modelo-comunitario-en-la-salud-mental.-Capitulo-8-2009-14-paginas.pdf>

## El aprendizaje de la Terapia Breve en la Licenciatura de Psicología y el Servicio Social

Learning Brief Therapy in  
Bachelor's degree in psychology and social service

Clara Haydee Solis Ponce y Pedro Vargas Avalos<sup>8</sup>  
México, Ciudad de México, 12 julio 2023

### Resumen

La presente investigación sobre el aprendizaje y la formación de la Terapia Breve tiene como objetivo describir y analizar el proceso de aprendizaje en los contextos de formación de pregrado, dentro de la práctica supervisada en la licenciatura en psicología y en un programa de servicio social. La terapia breve se conforma de una serie de pasos aparentemente simples pero de difícil implementación. Por ello es importante, en el proceso de formación, mostrarles a los alumnos el alcance que puede tener su formación de pregrado en relación con una ejecución profesional. De este modo dimensionarán el tiempo que lleva adquirir una competencia para ejecutar la entrevista clínica con pericia. A través de una observación y registro del desempeño de los estudiantes se puede dar cuenta de lo que logran aprender en un semestre con 160 horas o en dos semestres con 320 horas, cursando la práctica supervisada y complementando con 480 horas de servicio social. Los resultados obtenidos hasta ahora indican que con este tiempo de práctica los estudiantes solo se familiarizan con los pasos del modelo de terapia breve, pero no se logra que el alumno implemente las premisas del modelo o lleve a cabo aspectos más elaborados en la práctica clínica.

Palabras clave: clínica universitaria, terapia breve, psicología clínica, enseñanza de la psicoterapia.

### Abstract

This research on the learning and training of Brief Therapy aims to describe and analyze the learning process in undergraduate training contexts, within supervised practice in a psychology

---

<sup>8</sup> FES Zaragoza, UNAM, Clara Haydee Solis Ponce, email: clara.solis@zaragoza.unam.mx  
FES Zaragoza, UNAM, Pedro Vargas Avalos, email: systacad@unam.mx

degree and in a social service program. Brief therapy is made up of a series of apparently simple steps that are difficult to implement. For this reason, it is important, in the training process, to show students the scope that their undergraduate training can have in relation to professional performance. In this way, they will measure the time it takes to acquire a competence to carry out the clinical interview with expertise. Through observation and recording of student performance, it is possible to realize what they manage to learn in one semester with 160 hours or in two semesters with 320 hours, completing the supervised practice and complementing it with 480 hours of social service. The results obtained so far indicate that with this practice time the students only become familiar with the steps of the brief therapy model, but it is not possible for the student to implement the premises of the model or carry out more elaborate aspects in clinical practice.

Keywords: University clinic, Brief therapy, Clinical Psychology, Psychotherapy teaching.

## Introducción

Las premisas teóricas de la terapia familiar sistémica nacen epistemológicamente en el seno de las conferencias de Macy, una serie de encuentros entre las llamadas entonces ciencias duras y ciencias sociales. Estos encuentros se celebraron en la ciudad de Nueva York de 1946 a 1953 (Pias, 2004). Ahí es donde se hicieron analogías de los procesos fisiológicos con los sistemas computacionales y de estos con los sistemas humanos. De estas analogías conceptuales nace la cibernética, cuyo objeto de estudio se enfocó a los procesos de retroalimentación y control en los organismos y las máquinas. Para el campo de la salud mental, fue Gregory Bateson quien introdujo la cibernética y las herramientas de corte antropológico para la comprensión del comportamiento (Watzlawick et al., 1986).

Para 1952, Gregory Bateson encabezará un grupo de investigación sobre los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que pueden dar lugar a paradojas lógicas, al lado del ingeniero químico John Weakland, el experto en medios de comunicación masiva Jay Haley y el psiquiatra William Fry quien posteriormente será sustituido por Don de Ávila Jackson. Este grupo, conocido como “El equipo Bateson”, trabajará de 1952 hasta 1962 (Wittezaele y García, 1994).

Su artículo más influyente de este proyecto de investigación se publicó en 1956, “Toward a theory of schizophrenia” [Hacia una teoría de la esquizofrenia], fue un documento que revolucionó el mundo de la psiquiatría al proponer que la esquizofrenia pudiese ser considerada como un fenómeno comunicacional con una función adaptativa, producto de las relaciones familiares y no una patología orgánica como lo sugerían las distintas perspectivas hasta el momento. Si bien a Bateson no le interesaba la terapia, (cómo antropólogo le interesaba el proceso de comunicación), por otro lado a Jackson sí le interesaba aplicar estos principios cibernéticos a la terapia (Vargas, 2004).

En 1959 Don Jackson funda el Mental Research Institute, mejor conocido por sus siglas en inglés como MRI. Las vertientes del trabajo del MRI se dirigieron principalmente a la formación de

terapeutas y al desarrollo de la terapia familiar, así como a las investigaciones sobre el proceso de cambio, sin dejar de lado la investigación sobre comunicación, familia y enfermedad mental (Wittezaele y García, 1994). Con el MRI se fue perfilando la base conceptual de un modelo interaccional de terapia. Para 1967 a iniciativa de Richard Fisch comienza a funcionar el Brief Therapy Center (BTC) con John Weakland y Paul Watzlawick entre otros. Su intención fue estudiar el proceso de terapia, dar cuenta de su efectividad y explicar las técnicas utilizadas para lograrlo (Fisch, Ray y Schlanger, 2009). El BTC rompe con los paradigmas vigentes en el campo clínico. Entre sus características más notables está el dar un límite de tiempo para conseguir el cambio, diez sesiones 1 por semana, de 40 minutos a 1 hora de duración. Y se centraron en entender el modo en que las familias mantenían sus problemas con intentos bien intencionados pero desafortunados para superarlos (Weakland et al., 1974).

El modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del BTC del Mental Research Institute se caracteriza por tener una postura no patológica (los problemas son inherentes a la vida humana y lo que la gente hace para resolverlos es lo más lógico desde su perspectiva); un aspecto no normativo (la conducta se pone en contexto, no se le asigna un juicio de valor); se elige trabajar en el presente y no en el pasado para generar un cambio (se trabaja sobre la configuración actual que mantiene el problema en el núcleo familiar y no sobre los significados, causas pasadas o motivaciones); en este modelo de acuerdo a la configuración familiar es más útil para resolver problemas saber ¿para qué la gente hace las cosas?, que ¿por qué las hace?; el modelo de comprensión del proceso interaccional se basa en los circuitos de retroalimentación donde es imposible distinguir una causa inicial, de tal forma que elige un modelo circular en lugar de uno lineal para abordar la comunicación (Vargas, 2007).

En cuanto a la estructura del proceso terapéutico este se encuentra de manera detallada en el libro *La táctica del cambio* (Fisch, Weakland y Segal, 2003), aquí se presentan sus principales elementos: ¿Cuál es la queja? Definida en términos acciones; ¿cuáles son las soluciones intentadas? Lo que se ha dicho o hecho para resolver la queja y son llevadas a cabo por el cliente y personas íntimamente relacionadas con el problema; ¿cuál es la postura del cliente? La Postura se refiere a los valores y creencias con las que el cliente se haya abiertamente comprometido; la definición del cambio mínimo, cuál es la señal que indica que las cosas van mejor; Estrategias terapéuticas para promover el cambio, las hay de dos tipos, las que ocurren durante la entrevista y se llaman maniobras; y las que ocurren entre una sesión y otra, a las que nos referimos como prescripciones y cuya finalidad es interrumpir las soluciones intentadas; Tarea específica, es una prescripción conductual que el cliente realiza fuera de la sesión clínica; Revisión de la tarea ¿todo está mejor, igual o peor? Se revisa qué se hizo y cómo, para continuar, afinar o modificar la estrategia.

La dimensión de la enseñanza de los modelos de psicoterapia resulta pertinente en el contexto de la formación profesional, pues se trata de un conjunto de competencias de diferentes dimensiones. En ese sentido se tienen reportes de cómo se evalúa la adquisición de habilidades de los jóvenes aprendices de la terapia familiar en distintos niveles (Perosa y Perosa, 2014). Y en un marco de mayor especialización está el entrenamiento en terapia y lo que se ha hecho para sistematizar el

aprendizaje del alumno y en el nivel del supervisor, como se ha de enseñar. Estos son dos niveles de trabajo íntimamente ligados, pero de una naturaleza completamente diferente.

Un nivel es aprender la práctica de la terapia, que sería la condición de los alumnos, situándonos en un ambiente académico y en segundo nivel es el enseñar a hacer terapia a otros, que sería el papel de profesor o supervisor, quien está en posición de transmitir las habilidades necesarias para efectuar el proceso terapéutico con los alumnos o aprendices. Cómo se hace esto, qué se debe de enseñar y cuál es la mejor forma de hacerlo no es una discusión reciente, sin embargo hay que decir que el entrenamiento y la práctica clínica ha cambiado de seguir los pasos de líderes carismáticos a currículums correctamente desarrollados y estándares de atención (Bertolino, 1998; Burck, 2018; Cotton, 1987; Imber-Black, 2005; Liddle et al., 1988; Maaß et al., 2022; Watkins, 2020).

En aras de darle mayor precisión a la investigación sobre estos procesos, se puede considerar también la variable del tiempo dedicado a la formación del terapeuta familiar. Rousmaniere y colaboradores (2017) exponen dos niveles de formación, el primero se refiere al tiempo que se necesita dedicar al estudio y la práctica de la terapia familiar para la adquisición de competencias y cuánto tiempo se debe dedicar un terapeuta a su entrenamiento para volverse un profesional competente del campo. Hay que señalar que la psicoterapia es un campo en el que la competencia de los profesionales no aumenta automáticamente con la experiencia, pues se sugiere que otros factores son posiblemente mejores predictores del resultado, por ejemplo la calidad de su entrenamiento (Goldberg et al., 2016).

Como antecedentes a esta propuesta de organización de competencias está el trabajo de Tomm y Wright (1979), Figley, y Nelson (1989) y el de Nelson y Johnson (1999). Donde se comienza a realizar una tipología de habilidades que el terapeuta marital y familiar debería tener para llevar a cabo el proceso terapéutico. Sin embargo el contexto profesional y pedagógico aún no está maduro para que la propuesta se extienda de manera general. Hay un periodo a partir del inicio del siglo XXI en el que se comienza a cuestionar la calidad de los servicios de salud y consecuentemente la formación de los prestadores de este servicio (Nelson et al., 2007). Se hace investigación sobre cómo se relacionan las habilidades terapéuticas que se basan en alguna teoría y las percepciones de los terapeutas experimentados sobre sus propias habilidades. De ello se sugiere por ejemplo, que se privilegie que la práctica clínica del terapeuta se ajuste a la necesidad del paciente por encima de los modelos basados en la teoría (Cornille, 2002). Esto da pie a pensar que no necesariamente se organice el entrenamiento a partir de los modelos, sino que se piense en enfoques trans-teóricos que consideren aproximaciones que pueden ser etiquetadas como de modelo de experto y de colaboración (Cornille et al., 2003). De hecho no hay evidencia de que haya un modelo de supervisión mejor que otro, por ejemplo se propone que un modelo de factores comunes, elementos similares en diferentes modelos que son importantes para la supervisión de terapeutas sea una mejor opción que un modelo en particular (Morgan y Sprenkle, 2007). Lo cual de por si era parte de la reacción y discusión en el campo de la terapia familiar en el contexto de las propuestas llamadas posmodernas y las terapias familiares sistémicas clásicas (Keeney y Keeney, 2012a; 2012b).

Para 2005 se podría ver como las controversias y cambios en el modelo de educación de terapeutas familiares y maritales, iba tomando la forma del modelo basado en evidencias, este mismo rumbo venía a ser presente en otras prácticas de la psicología como la psicología familiar como un ejemplo más del movimiento de la educación basada en competencias dentro de la psicología profesional (Kaslow, Celano y Stanto, 2005). Así pues, el modelo que comienza a presentarse enfatiza el desarrollo de una definición de las competencias básicas para la terapia familiar y marital y la atención a los escenarios interdisciplinarios (Nelson y Smock, 2005).

Para el año de 2007 se forma una comisión de la Asociación Americana para la Terapia Marital y Familiar con la tarea de desarrollar las competencias básicas para la práctica de la terapia marital y familiar. Esta tarea es también una respuesta a la solicitud de una educación basada en resultados. Con esto en mente, definen a una competencia básica como una capacidad medible que se requiere para una ejecución efectiva. Sugieren que el conocimiento y las habilidades de una profesión particular constituyen sus competencias básicas de esta profesión y que una colección de las habilidades mínimas que cada practicante debe poseer es necesaria para ofrecer una atención segura y efectiva (Nelson et al., 2007).

En los años más recientes aparecen adaptaciones de la propuesta de Nelson y colaboradores (2007) donde para el entrenamiento de terapeutas maritales y familiares se considera tanto la evaluación de las habilidades de los estudiantes como las de las competencias de los educadores para tener una implantación exitosa de la competencia (Gehart, 2023). Por otro lado también se revisa la experiencia del proceso de entrenamiento con el uso del modelo de competencias que se había propuesto (Nelson et al., 2007) para identificar cuáles son las competencias más frecuentemente enseñadas, qué tanto son dominadas por los estudiantes y en qué nivel los supervisores necesitan que estas competencias estén dominadas como requisito para avanzar en el entrenamiento (Nelson y Graves, 2011). Este interés en la formación de Terapeutas Familiares se complementa con procesos de acreditación de programas de formación en Terapia Marital Familiar que aseguren la consistencia de la educación que estos terapeutas reciben (Caldwell, Kunker, Brown y Saiki, 2011; Lyness, 2020). Y se tienen versiones a modo de manual donde una sistematización de las propuestas de competencias básicas de la AAMFT se vincula con formas para seleccionar la intervención, la planeación del tratamiento y documentación, la conceptualización del caso y la evaluación clínica (Gehart, 2023).

Como parte del desarrollo de estos programas basados en competencias, han ido apareciendo propuestas de instrumentos que permiten evaluar las habilidades de los entrenados en diferentes momentos. Se han buscado procedimientos de evaluación más congruentes con la valoración de la ejecución y los resultados acorde al esquema de competencias. Una propuesta es la Objective Structured Clinical Examination (OSCE) para el entrenamiento basado en competencia de estudiantes de terapia marital y familiar. Se propone utilizar este instrumento como parte de un conjunto de ejercicios formativos en el desarrollo de competencias en el estudiante (Miller, 2010).

Otro camino para la evaluación es la observación directa, aquí se propone el uso de una escala de observación para la supervisión, la Brief Strategic Therapy Scale-1 (BSTS-1), que se considera como un método para analizar la ejecución y competencia de los terapeutas en la primera sesión (Amini y Woolley, 2011).

En México el campo de la formación de Terapia Familiar es muy joven de acuerdo con Eguiluz (2004) comienza a mediados de los años 1970 y hasta la fecha no podemos hablar de un campo consolidado pero si muy diverso en cuanto a modelos de trabajo. La gran parte de la formación es privada y eso nos limita en cuanto a la calidad y los estándares formativos que rigen a estos centros especializados. Hacer un esfuerzo por organizar y sistematizar la enseñanza de la Terapia Familiar desde la Universidad es necesario, considerando que la Terapia Familiar es parte de currículo universitario en licenciatura y maestría en la UNAM campus Zaragoza.

En el plan de estudios de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, la práctica supervisada del área de Psicología Clínica y de la salud tiene una carga horaria de diez horas semanales lo que se traduce en dos sesiones de trabajo de cinco horas cada una. El lugar de trabajo es la clínica universitaria que funge como escenario clínico real para que los estudiantes puedan practicar la atención a usuarios. Sin embargo no se dedican las diez horas a la atención psicológica, también se revisan lecturas, se analizan videos clínicos, se hacen juegos de rol para el desarrollo de habilidades y se observan sesiones clínicas antes de tener la oportunidad de conducir una sesión, según la propuesta de los autores. El semestre académico dura diez y seis semanas que equivalen a 160 horas. Y si cursan los dos semestres bajo el enfoque acumulan 320 horas. Para algunos alumnos este tiempo se suma con el periodo que sirven en el Programa de Servicio Social (Zaragoza, 2023).

En el programa de servicio social los estudiantes realizan 480 horas de trabajo voluntario en el que sus actividades se dividen en actividades de investigación, diseño de material didáctico para la enseñanza de la terapia breve, asistencia a actividades de actualización profesional y la atención a usuarios.

Las observaciones que aquí se muestran son de los últimos diez años de labor docente porque es el tiempo que tiene funcionando el programa de servicio social “Atención psicológica breve para el público en general” (Solis y Vargas, 2015) y que formativamente ha servido como una extensión de la práctica supervisada para los estudiantes que cursan la actividad bajo nuestra tutela y que tienen toda la base teórica antes mencionada.

El propósito de esta investigación sobre la formación de la terapia breve es describir y analizar el proceso de aprendizaje de la terapia breve en los contextos de formación de la licenciatura de Psicología, dentro de la práctica supervisada del área clínica y de la salud y en un programa de servicio social orientado a la Terapia Breve Sistémica (Terapia Familiar).

## Método

Los sujetos observados son estudiantes de la licenciatura en psicología del área clínica y de la salud y que eligen cursar la práctica supervisada con los autores de este trabajo. En grupos de 8 a 10 personas, se trabaja con los estudiantes diez horas a la semana, durante 16 semanas. El tiempo se divide en teoría y práctica, aunque la carga mayor es hacia la parte práctica y se lleva a cabo con ejercicios de desarrollo de habilidades, análisis de videos clínicos y atención a usuarios.

Se registra, para efectos de la evaluación ordinaria, su desempeño en distintas actividades que favorecen el desarrollo de habilidades clínicas como lecturas, ejercicios en clase, análisis de videos y viñetas clínicas, modelamiento y conducción de entrevistas clínicas. En cuanto a la evaluación cualitativa se observa su motivación para aprender, su empeño en poner en práctica sus conocimientos y el interés por entender conceptualmente cómo funciona el modelo en la aplicación.

En el programa de servicio social los grupos de trabajo son de 3 a 8 personas de manera simultánea, aunque la estancia es de seis meses la mayoría permanece un año en el programa, los pasantes conducen las entrevistas y reciben supervisión clínica directa e indirecta. Su carga de trabajo es mayor que en la práctica supervisada y sus actividades complementarias están relacionadas con la investigación y no con la formación. Lo cual funge como un complemento práctico de lo que fue la formación en el pregrado.

La evaluación del desempeño en la pasantía está alrededor de su capacidad de trabajar en equipo, organizar su agenda de usuarios, ser puntual, responsable con sus casos clínicos y la actualización puntual de sus historias clínicas. Ser proactivo y autodidacta con sus tareas, sus lecturas y sus preguntas.

Tanto en la práctica supervisada como en el servicio social los materiales de trabajo de los estudiantes en formación son: una tabla de clip, hojas blancas, una pluma negra, un lápiz, un dispositivo de grabación de audio, formato de historia clínica, nota de evolución.

El escenario de trabajo para ambos programas de trabajo es la cámara de Gesell con equipo de videograbación (3 cámaras), cubículos de atención con sillas (7) y aula de trabajo (3).

Ubicación: área de psicología clínica en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas ubicada en el municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México.

## Resultados

Cuando los estudiantes cursan la práctica supervisada (320 horas aproximadamente) logran familiarizarse con los pasos del modelo, pero nada más, su pericia clínica es limitada, logran familiarizarse con las preguntas del modelo pero no con la organización de la información. Reconocen aspectos básicos del esquema de tratamiento, como la postura del cliente pero no saben cómo utilizarla. El alcance que logran en el diseño de las intervenciones no es un de un nivel en que puedan implementarlas con independencia y solamente lo logran con supervisión y acompañamiento.

Cuando los estudiantes le dan continuidad a su proceso de formación clínica en el programa de servicio social logran consolidar la primera parte de su formación, es decir, conducir la entrevista clínica con fluidez y además logran ejecutar más aspectos del esquema técnico del modelo, como la capacidad de maniobra del terapeuta, es decir, logran interrumpir a la gente, solicitar la presencia de otros miembros de la familia, terminar las sesiones y dar continuidad a la entrevista luego de que el supervisor entra a la sesión a entregar un mensaje. Se observa que en el servicio social adquieren mayor confianza en sí mismos como terapeutas y logran perder el miedo a llevar por sí solos una sesión mientras son observados por los supervisores.

### Discusión

La formación en Terapia Breve en el marco de la Terapia Familiar requiere al menos 3000 horas de trabajo supervisado en no menos de 104 semanas, para desarrollar la habilidad y la expertiz en el modelo, de acuerdo con los criterios del estado de California en Estados Unidos (Board of Behavioral Sciences, 2023). En nuestro caso, con 320 horas de la practica supervisada, más las 480 horas de servicio social se logran una formación de 800 horas que se ve favorecida en la medida que la estancia en el segundo programa se alargue tanto como los pasantes quieran permanecer en el programa y sus circunstancias se lo permitan. Si solo se limitan a las 800 horas logran familiarizarse con el modelo y conducir la entrevista clínica con fluidez, sin embargo lo que no se logra desarrollar por ejemplo es la habilidad para diseñar intervenciones de oportunidad o aplicar las premisas del modelo dentro de la estructura de la entrevista clínica.

### Conclusiones

El modelo de terapia breve de resolución de problemas requiere de tres mil horas de trabajo supervisado para desarrollar expertiz en el modelo. La finalidad de las FES Zaragoza no es formar terapeutas breves pero el tiempo dedicado al proceso de aprendizaje de este modelo y la infraestructura en la que sucede el proceso de formación, se vuelven una base sólida para la formación de terapeutas familiares que deseen especializarse en el área a través de la residencia de terapia familiar u otras opciones de formación.

El aprendizaje de la terapia breve es un proceso largo que requiere práctica clínica, supervisión y actualización profesional. El alumno de pregrado debe de ser consciente del alcance que puede lograr durante su estancia en la universidad para que no se frustre o disminuya su motivación en el proceso formativo. El modelo de Terapia Breve es aparentemente muy simple en la teoría, pero de difícil implementación en la práctica por eso se requiere el acompañamiento de un experto calificado para poder orientar el proceso formativo del estudiante y supervisarlo de acuerdo con su nivel de madurez y compromiso con el modelo. Además de mostrarle el marco ético profesional que rige su actividad en todo momento.

## Referencias

- Amini, R. L., y Woolley, S. R. (2011). First-Session Competency: The Brief Strategic Therapy Scale-1. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(2), 209-222.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., y Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251-264.
- Bertolino, R. A. (1998). An exploration of change: Investigating the experiences of psychotherapy trainees. (Tesis Doctorado). Saint Louis University.
- Board of Behavioral Sciences (2023). Statutes and regulations relating to the practice of: Marriage and Family Therapy. California Board of Behavioral Sciences.
- Burck, C. (2018). From hazardous to collaborative learning: Thinking systemically about live supervision group processes. En C. Burck y G. Daniel (Eds.), *Mirrors and reflections: Processes of systemic supervision*. (pp. 141–162). Routledge.
- Caldwell, B. E., Kunker, S. A., Brown, S. W., y Saiki, D. Y. (2011). COAMFTE Accreditation and California MFT Licensing Exam Success. *Journal of marital and family therapy*, 37(4), 468-478
- Cornille, T. A. (2002). How do experienced family therapists view their practice? An exploratory assessment of clinical skills and their relation to theories of family therapy. *Contemporary family therapy*, 24(2), 271-288.
- Cornille, T. A., McWey, L. M., Nelson, T. S., y West, S. H. (2003). How do master's level marriage and family therapy students view their basic therapy skills? An examination of generic and theory specific clinical approaches to family therapy. *Contemporary family therapy*, 25(1), 41-61.
- Cotton, P. (1987). The impact of live supervision on family and couple therapy. (Tesis Doctorado). Northwestern University.
- Eguiluz, L. (2004). La Terapia Familiar en México. En L. Eguiluz (Comp.). *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp. 225-260). Pax.
- Figley, C. R., y Nelson, T. S. (1989). Basic family therapy skills, I: Conceptualization and initial findings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 349–365.
- Fisch, R., Ray, W. A. y Schlanger, K. (Eds.). (2009). *Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center*. Zeig, Tucker & Theisen.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Herder.
- Gehart, D. (2023). *Mastering competencies in family therapy: A practical approach to theory and clinical case documentation*. Cengage Learning.

- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of counseling psychology*, 63(1), 1.
- Imber-Black, E. (2005). Training for a new generation. *Family Process*, 44(3), 245-247.
- Kaslow, N. J., Celano, M. P., y Stanton, M. (2005). Training in Family Psychology: A Competencies-Based Approach. *Family Process*, 44(3), 337-353.
- Keeney, H. y Keeney, B. (2012a). *Circular Therapeutics*. Zeig, Tucker & Theisen.
- Keeney, H. y Keeney, B. (2012b). What Is Systemic About Systemic Therapy? Therapy Models Muddle Embodied Systemic Practice. *Journal of Systemic Therapies*, 31(1), 22–37.
- Liddle, H. A., Breunlin, D. C., y Schwartz, R. C. (Eds.). (1988). *Handbook of family therapy training and supervision*. Guilford Press.
- Lyness, K. P. (2020). Training and credentialing in the profession of marriage and family therapy. En K. S. Wampler, R. B. Miller, R. B. Seedall (Eds.), *The handbook of systemic family therapy, Vol 1 The Profession of Systemic Family Therapy* (pp. 555-575). John Wiley & Sons.
- Maaß, U., Kühne, F., Poltz, N., Lorenz, A., Ay-Bryson, D. S., y Weck, F. (2022). Live supervision in psychotherapy training—A systematic review. *Training and Education in Professional Psychology*, 16(2), 130.
- Miller, J. K. (2010). Competency-Based Training: Objective Structured Clinical Exercises (OSCE) in Marriage and Family Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(3), 320-332.
- Morgan, M. M., y Sprenkle, D. H. (2007). Toward a Common-Factors Approach to supervision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(1), 1-17.
- Nelson, T. S., Chenail, R. J., Alexander, J. F., Crane, D. R., Johnson, S. M., y Schwallie, L. (2007). The development of core competencies for the practice of marriage and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 417-438.
- Nelson, T. S., y Graves, T. (2011). Core competencies in advanced training: What supervisors say about graduate training. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(4), 429-451.
- Nelson, T. S., y Johnson, L. N. (1999). The basic skills evaluation device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(1), 15-30.
- Nelson, T. S., y Smock, S. A. (2005). Challenges of an Outcome-Based Perspective for Marriage and Family Therapy Education. *Family process*, 44(3), 355-362.
- Perosa, L. M., y Perosa, S. L. (2014). Assessing Competencies in Couples and Family Therapy/Counseling: A Call to the Profession. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(2), 126–143.

Pias, C. (2004). Cybernetics-Kybernetik. The Macy-conferences 1946-1953. Essays & Documents/Essays & Dokumente Vol. II. Diaphanes.

Rousmaniere, T., Goodyear, R., Miller, S. y Wampold, B. (2017). The Cycle of Excellence. Use deliberate practice to improve supervision and training. John Wiley & Sons.

Solis, C. y Vargas, P. (2015). El servicio de psicología clínica en el marco de la atención universitaria. Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM, 5(9), 63-76.

Tomm, K. M., y Wright, L. M. (1979). Training in Family Therapy: Perceptual, Conceptual and Executive Skills. Family Process, 18(3), 227–250.

Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. En L. Eguiluz (Comp.), Terapia familiar. Su uso hoy en día. (pp. 1-27). Pax.

Vargas, P. (2007). La visión orientada a los sistemas de interacción. En M. García (Comp.), Estrategias de evaluación e intervención en psicología. (pp. 127-162). Porrúa.

Watkins, C. E., Jr. (2020). What do clinical supervision research reviews tell us? Surveying the last 25 years. Counselling & Psychotherapy Research, 20(2), 190–208.

Watzlawick, P., Jackson, D. y Beavin, J. (1986). Teoría de la comunicación humana. Herder.

Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. (1974). Brief Therapy Focused Problem Resolution. Family Process 13, 141-168.

Wittezaele, J. J. y García, T. (1994). La escuela de Palo Alto. Herder.

Zaragoza, UNAM (2023). Disponible en:

[https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/portalfesz2019/Licenciaturas/psicologia/plan\\_estudios\\_psicologia.pdf](https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/portalfesz2019/Licenciaturas/psicologia/plan_estudios_psicologia.pdf)

## **Terapia breve de resolución de problemas en estudio de caso aplicada al bloqueo de actuación**

Problem Solving Brief Therapy

applied to a performance blocking behavior

Mauricio Alejandro Leone Echeverría y Clara Haydee Solis Ponce<sup>9</sup>

México, Ciudad de México, 13 Julio 2023.

### Resumen

Se describe un estudio de caso de una persona masculina que tiene bloqueo de la actuación en competencias deportivas. El caso fue atendido en el marco de la práctica privada del psicólogo clínico y se utilizó el modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas. En cinco sesiones clínicas de una hora de duración y con una frecuencia semanal se logró que el miedo del consultante ya no fuera invalidante en relación a su desempeño deportivo. Desde la terapia breve de resolución de problemas un problema se mantiene por los intentos que se realizan para resolver el problema, lo que genera un circuito que perpetúa la queja. Para el desarrollo de este caso se utilizaron tres prescripciones de comportamiento para bloquear este circuito de interacción. El cliente se mostró satisfecho con el resultado y se comprueba que la resolución de un problema no implica necesariamente ir al pasado y conocer la historia de la queja.

Palabras Clave: Terapia Breve, Bloqueo de la Actuación, Deportes.

### Abstract

A case study of a male person who has performance block behavior in sports competitions is described. The case was attended to within the framework of the private practice of the clinical psychologist and the model of Brief Therapy for Problem Solving was used. In five clinical sessions of one hour duration and with a weekly frequency, it was achieved that the consultant's fear was no longer invalidating in relation to his sports performance. From brief problem-solving therapy, a problem is maintained by the attempts that are made to solve the problem, which generates a circuit that perpetuates the complaint. For the development of this case, three behavior prescriptions were used to block this interaction circuit. The client was satisfied with the result, and it is verified that the resolution of a problem does not necessarily imply going to the past and knowing the history

---

<sup>9</sup> Brief Therapy Center. Mauricio Alejandro Leone Echeverría, email: maalleone89@gmail.com  
Brief Therapy Center. Clara Haydee Solis Ponce, email: csolis@brieftherapycenter.org

of the complaint. From a non-pathological and non-normative perspective, human problems can be addressed in a short period of time and with lasting results.

Keywords: Brief Therapy, performance blocking behavior, Sports.

## Introducción

En el libro de cambiando lo incambiable de Richard Fisch y Karin Schlanger (2002), mencionan que la manera de definir el problema refleja la diferencia entre un modelo basado en la queja y uno normativo. Un diagnóstico coincide con los modelos que reflejan un concepto de lo que es normal y anormal, por lo que esos modelos tienen un potencial para ampliar los parámetros de la terapia, por lo tanto, de alargarla. Un modelo basado en la queja no incorpora ese punto de vista, sino que basa la terapia en torno a las conductas no deseadas por el individuo, sin juzgar si esa queja es legítima o no. Por lo tanto, lo que en otra situación se consideraría anormal, para nosotros es irrelevante, lo que constituye un elemento importante para que la terapia pueda ser breve.

En la obra de Cambio de Watzlawick, Fisch y Weakland (1992) explican cómo utilizar la resistencia al cambio y cómo puede transformarse en un importante vehículo de cambio. Esto puede realizarse reestructurando la resistencia como condición previa o incluso como aspecto del cambio. Dentro del contexto de la razón y del sentido común, esta actitud establece un típico callejón sin salida, en la que la petición de auxilio por parte de alguien da lugar a consejos, basados en el sentido común, a lo que él responde con, a lo cual reaccionan los demás proporcionándole más ayuda del sentido común. En términos de la pragmática humana, los demás responden al sujeto que solicita ayuda predominantemente a nivel de contenido e ignorar sus comunicaciones a nivel de relación, hasta que de pronto, la relación se hace tan dolorosa o tan frustrante que para uno u otra de las partes cede por desesperación o ira.

En lugar de oponer el sentido común a lo absurdo, el método elegido consiste en la técnica de judo de utilizar la resistencia del otro. Se debe tener en cuenta que no se presenta lo que precede como un <<tratamiento>> para una <<enfermedad mental>>, sino como una ilustración de la técnica del cambio 2.

Giorgio Nardone menciona en libro, Surcar el mar a espaldas del cielo (2008), que bajo el paraguas de la lógica no ordinaria se incluyen macroáreas respecto a criterios operativos; esto nos permite conocer y determinar cómo funciona un problema determinado. La diferencia entre lógica ordinaria y lógica no ordinaria en las aplicaciones consiste principalmente en el hecho de que la primera busca develar una determinada verdad a través de procesos deductivos, para después indicar lo que hay que hacer para cambiar, la segunda recurre a la estratagema y autoengaños que inducen a una percepción diferente de las cosas y, por lo tanto, hacer reacción de modo distinto ante la realidad. En otros términos, en el recorrido de intervención sobre un problema siguiendo la lógica tradicional se conoce para cambiar, siguiendo la lógica estratégica se cambia para conocer.

En esta misma obra Nardone (2008) menciona la lógica de la paradoja, que es una ambivalencia expresada al unísono: en el interior de una orden comunicativa están presentes al mismo tiempo dos mensajes contradictorios. Es la famosa paradoja del mentiroso: <<Esta frase es falsa>>. La paradoja es algo que a menudo deja a las personas sin capacidad de reacción, porque para ella no existe una respuesta correcta.

Un cambio incipiente exige una técnica especial para su manejo y el mensaje <<ve despacio>> es la intervención paradójica de elección. El terapeuta ha de plantear todo género de objeciones pesimistas y sombrías predicciones dirigidas todas ellas a advertir al paciente que está considerando su situación con un optimismo alejado de la realidad, que su súbita prisa por emprender una nueva vida tan solo puede conducirse a desilusión.

Giorgio Nardone describe en su libro Miedo, Pánico y fobias (1995), que al intentar proporcionar explicaciones a la persona que se pregunta el <<porqué>> de su fobia, se debe de afirmar ante todo que el conocimiento de las causas del trastorno no es necesario ni útil para la solución del trastorno mismo. En cambio, sí es útil estudiar cómo este sistema de percepción y de reacción frente a la realidad funciona en <<el aquí y ahora>> de la persona, es decir; lo que definimos como el <<sistema perceptivo-reactivo>> del sujeto. Y todo ello con el objetivo de diseñar y aplicar las estrategias que permitan cambiar el funcionamiento de este sistema disfuncional de percepción y reacción frente a la realidad a fin de conducir al sujeto a la solución rápida y efectiva de su problema.

A pesar de esta esquematización, el lector no debe de olvidar que el problema se manifiesta como único e irreplicable de cada personalidad humana, o mejor dicho de cada sistema humano, en las peculiares características de relación consigo mismo. Desde esta visión es posible formular una teoría no sobre el <<porqué>> del miedo, sino sobre el <<cómo>> funcionan los procesos y las dinámicas perceptivo-reactivas típicas de las personas afectadas por trastornos fóbicos. En otras palabras, no una teoría explicativa (causal), sino una teoría cibernética del miedo.

En el tratamiento del síndrome de los ataques de pánico la estrategia terapéutica comprende algunas técnicas o estratagemas, pero con algunas variaciones concretas, sin embargo, el trabajo se empieza con una focalización sobre las soluciones ensayadas específicas propias de este peculiar sistema perceptivo-reactivo.

Las soluciones ensayadas, que en lugar de resolver este trastorno fóbico lo mantienen son: la demanda de ayuda y sobre todo el intento obsesivo de controlar el síntoma fóbico en sus expresiones psicofisiológicas con el resultado obvio de hacer que aumente. La técnica consiste en desviar este esfuerzo obsesivo del sujeto a otra dirección. Para ello se utiliza la reestructuración basada en la técnica de la confusión de la paradoja o el desplazamiento del síntoma (reestructuración y prescripción de la utilidad del problema).

Se crea confusión mental en el paciente, a base de razonamientos que parecen más complicados que los suyos, y se le orienta a la valoración, para él absurda, del carácter positivo de sus síntomas.

A esta táctica se añade la de imponer al sujeto mensajes <<reestructurantes>> en forma de metáfora que subvierte la lógica hiperracional de intento de control de las reacciones.

Giorgio Nardone menciona en Conocer a través del cambio (2005), que con el nombre de patologías del bloqueo de la actuación (performance) nos referimos a todas aquellas acciones que han de dejar de hacer debido a un exceso de ansiedad y de miedo al fracaso de la persona, incluyen miedo escénico, el miedo a hablar en público, el quedarse en blanco en exámenes o entrevistas, fiascos deportivos o sexuales, o el bloqueo de otras actuaciones en las que las personas sienten que ha de probarse a sí misma.

Se menciona que la principal solución intentada que mantiene el problema es intentar mantener el control, lo que irónicamente lleva a la pérdida de control. Como puede observarse es la típica solución intentada en el síndrome de pánico, por lo que la estrategia terapéutica utilizada es entrenar al paciente para que pierda el control voluntariamente y así paradójicamente pueda mantenerlo. En otras palabras, le damos la vuelta al sistema perceptivo-reactivo del paciente para conseguir su autoanulación. En la práctica se utiliza prescripciones progresivas de la media hora de la peor fantasía, seguida de esta, ya aprendida, cuando se está al frente a la situación de miedo o de bloqueo, para paradójicamente anticiparla o gestionarla. Habitualmente esta estrategia permite al paciente superar el problema y hace que pueda movilizar sus recursos personales previamente bloqueados.

A continuación, se presenta un estudio de caso que fue atendido en la práctica privada, el motivo de consulta fue el bloqueo de la actuación de un deportista de alto rendimiento que se presenta en el momento de la competencia y que ha obtenido malos resultados previamente por su miedo. El caso fue atendido con el modelo de Terapia Breve de Resolución de problemas y es un ejemplo de cómo en cinco sesiones se implementaron las técnicas terapéuticas previamente descritas para provocar el cambio en el consultante.

#### Escenario de la aplicación

Investigación cualitativa, de corte naturalista con método etnográfico que, a través de las notas y audios de sesión, notas de supervisión clínica y transcripciones obtiene la información, se corrobora la utilidad de la prescripción a través de preguntas circulares e interaccionales. Se muestra cómo se identifica el tema de las soluciones intentadas y cómo se implementa el tema terapéutico a través de una fundamentación interaccional desde el modelo de Terapia Breve de Palo Alto.

El estudio de caso es sobre una persona que solicita ayuda psicológica por un problema en su desempeño deportivo. El caso clínico fue atendido en un municipio del centro del estado de Hidalgo en México, asistió a la consulta privada una persona de género masculino, soltero, de veintiún años de edad, estudiante que ya contaba con experiencia en competiciones deportivas y su queja está alrededor de su disciplina deportiva, él es competidor de Powerlifting (deporte de fuerza que consiste en la realización de ejercicios de levantamiento de peso).

El paciente participa en el selectivo de su región quedando en el décimo lugar del ranking de levantamiento de 160lb de su categoría, puesto mínimo para poder posicionarse para el campeonato nacional del mismo año.

En la primera entrevista se firmó el consentimiento informado, se llenó la ficha de identificación y se inició con la definición del problema, ante la pregunta << ¿Cuál es el problema que te trae hoy aquí?>> El Paciente responde “No sé porqué cuando entreno, sí puedo cargar el peso y en la competencia no puedo, la última vez me dio miedo, me sudaron las manos y sentía las piernas huecas, la noche antes de mi competencia no descanse por los nervios. Mi coach y yo no supimos que por eso todo salió mal”.

Como primera maniobra se válida su postura y se le pregunta... << ¿Cómo puedo ayudar?>>

Paciente: Voy a volver a competir en la Nacional porque tengo miedo de que vuelva a pasar, que no tenga fuerza en las piernas. Ya no pienso llevar “porra”, me dio pena que me vieran perder, ya vez que subes tu foto a “Facebook” y luego obvio, te preguntan cómo te fue y fue muy desagradable.

Con un rumbo definido para conducir el tratamiento, se termina la primera sesión

La segunda sesión se llevó a cabo una semana después y se inició preguntando... << ¿Qué tan mal la había pasado durante la semana?>>.

Paciente: He estado pensando en ir o no a la competencia nacional, creo que no tengo oportunidad contra ellos y el ir a Chihuahua es invertir mucho dinero.

Terapeuta: <<Corrígeme si me equivoco>> La semana pasada me dijiste que si dabas con el peso que necesitas y que incluso si superabas el peso por 5 libras si irías a la competencia y ahora me dices que no vas a ir porque tienes miedo

Paciente: Mi problema sigue siendo el mismo, no me cuesta trabajo lograr el peso para la competencia, lo que me ocurre es durante la competencia, comienzo a sentir un vacío en el estómago y siento como me sudan las manos, me echo magnesio para que no se resbale los sujetadores, pero en la prueba de peso muerto se me abren las manos y obtengo malos resultados.

Con la finalidad de obtener una descripción de la interacción de la queja, le pregunto: ¿cómo es que te pasa esto? Quiero saber ¿qué pasa antes de la competencia que te hace sentir inseguro?

Paciente: Antes de la competencia me gusta exigirme, cuando entreno lesionado no me da miedo pensar que algo puede salir mal, todo inicia en el momento de la competencia cuando veo a los jueces y al público. En ese momento es cuando inicia mi miedo y mi inseguridad y pienso ¿y si no entreno lo suficiente? Aunque yo sé que me exijo mucho y doy de más. Pero en ese momento no puedo pensar en otra cosa más que no hago lo suficiente.

Como respuesta a su descripción de la queja se decide maniobrar con un reencuadre, ya que el miedo es necesario para las correctas ejecuciones de las pruebas.

Terapeuta: Cada persona expresa de forma diferente el miedo, hay personas que corren, hay personas que se paralizan o hay personas que se quedan a luchar, creo que en tu caso el miedo debe de advertirte que necesitas de él, necesitas de esa adrenalina que te aporta el miedo para mantenerte atento y así cumplir tu objetivo.

De esta manera, la queja se redireccionó hacia adentro, hacia el cliente y ya no hacia los otros competidores.

Una semana después se llevó a cabo la tercera sesión, el plan de trabajo para esta sesión consistía en vender ciertas tareas con la intención de bloquear el circuito problema-solución intentada.

La primera maniobra fue obtener una actualización de estado de la queja. El cliente comenzó confirmando que si iba a participar en la competencia nacional. Habló con su familia y ellos ofrecieron apoyarlo con los gastos, y él se comprometió a “darlo todo en la competencia”. Su padre también fue competidor de Halterofilia en su juventud y quiere darle la satisfacción de estar en el pódium. Había una motivación extrínseca en este caso.

Para hablar el lenguaje del cliente, le dije a mi consultante que para esta parte del proceso necesitaba hacer equipo con él y que necesitaba de su colaboración para lograr vencer el miedo. Él dijo que sí.

La primera prescripción fue un pacto de silencio iniciando por las redes sociales, a partir de ese momento y hasta la competencia, solo podía hablar del tema con su entrenador y conmigo (su psicólogo). Para darle fuerza al mensaje se utilizó una metáfora deportiva del box.

La segunda prescripción fue “la media hora de la peor fantasía” que consiste en pedirle a la persona que programe su reloj para que suene 20 minutos después y durante ese tiempo tiene que evocar sus peores fantasías, en este caso desde los comentarios de los otros, decepcionar a su familia, decepcionar a su coach, hasta pensar en sus síntomas físicos en el momento de la competencia y una vez que suene la alarma, se detienen todos sus pensamientos, se lava la cara y continúa su día hasta el siguiente día que se repite la tarea. Esto lo tiene que diario.

El cliente asintió y regreso una semana después a su cuarta sesión, la cual inicia con la revisión de tareas. Sobre el pacto del silencio, mencionó que sí lo llevó a cabo, ya no publicó nada en sus redes sociales y si alguien le preguntaba cómo iba solo respondía “concentrado”. Y este silencio le dio tranquilidad.

Más cercano al modelo estratégico de Jay Haley (2009), expresé mi decepción cuando escuché que la media hora de la peor fantasía no se había llevado a cabo la noche a la sesión. Él aceptó que le faltó disciplina y se comprometió a llevarla a cabo los siguientes días.

La quinta sesión se programó dos días antes de la competencia. E inicio con la revisión de la media hora de pasión para saber si llevó a cabo su compromiso como lo había prometido la sesión anterior y la respuesta fue que sí. Hizo la tarea todos los días y después para medir el nivel de seguridad y confianza en sí mismo se hace una pregunta de escala para medir su preparación. La respuesta fue

un 7. Para darle una siguiente tarea, se utilizó una metáfora de box nuevamente y se evocó de manera detallada la imagen de la competencia y las sensaciones que se experimentan en cada paso hacia el escenario, con la finalidad de dar una prescripción post hipnótica para el momento de la competencia.

### Resultados

El día de la competencia el cliente pudo hacer una correcta ejecución de sus pruebas, posicionándose en segundo lugar a nivel nacional en su categoría y pudo hacer frente a su sintomatología, no eliminando el miedo, sino utilizando esa adrenalina para sus posteriores competencias (reencuadre). Hubo una sesión online después de su competencia, en donde el cliente expresó que el pacto de silencio le ayudó a estar en paz antes y durante su competencia, ya que no sintió presión social ya que solo su familia sabía en dónde se encontraba, además mencionó que durante la competencia la sintomatología física disminuyó a tal grado que no interfirió para tener una correcta ejecución de sus ejercicios; el cliente lo atribuyó a la media hora de la peor fantasía en la que evocaba sus peores escenarios.

### Discusión

La terapia breve de resolución de problemas se centra en el aquí y en el ahora y no necesita conocer la historia del problema para poderlo resolver. Es un modelo no patológico que no se centra en el origen de la queja sino en cómo se vuelve un problema para el cliente y también es un modelo interaccional. El caso clínico aquí presentado es un ejemplo de cómo se implementan estas premisas en el curso de un caso clínico, cuya queja principal es el miedo. No se ahondó en el origen del miedo, pero sí se identificó cómo eso es un problema y cómo el entorno circundante es parte de la queja, se identificó la postura y el lenguaje del cliente, se identificó el circuito problema-solución intentada y se diseñó un plan de tratamiento que consistió en: una validación, un reencuadre, la conjura del silencio, la media hora de la peor fantasía y la evocación de sensaciones positivas. Sin embargo, el elemento distintivo de la terapia breve es la venta de la tarea porque implica integrar la información de la queja, la postura y la expectativa hacia el tratamiento. Como diría Karin Schlinger, puedes tener la mejor idea del mundo, pero si no tiene sentido para el cliente no te sirve de nada.

### Conclusiones

La terapia breve de resolución de problemas puede aplicarse a casos de bloqueo de la actuación con éxito. La terapia breve es sencilla en su estructura, pero de compleja implementación. Este caso sirve para ejemplificar la importancia de identificar y utilizar la postura del cliente, hablar su lenguaje y validar su experiencia de vida. Además, muestra cómo se hace la venta de la tarea, lo cual es el verdadero desafío del terapeuta breve y no seleccionar la tarea pensando en solucionar un problema como piensan la mayoría de los terapeutas. En la terapia breve de resolución de problemas vendemos tareas para detener las soluciones intentadas no para resolver problemas como solía decir Richard Fisch, creador del modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas.

## Referencias

Fisch, R. y Schlanger, K. (2002) Cambiando lo incambiable. Herder.

Fisch, R., Weakland, J. y Segal (1983) Táctica del cambio. Herder.

Haley, J. (2009). Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz. Amorrotu.

Nardone, G. (1995) Miedo, pánico y fobias. Herder.

Nardone, G. y Balbi, E. (2002) Surcar el mar a espaldas del cielo. Herder.

Nardone, G. y Portelli, C. (2005) Conocer a través del cambio. Herder.

Watzlawick, P., Fisch, R. y Weakland, J. (1992) Cambio. Herder.

## **Mesa 3**

Moderadora: Mtra. Alejandra López Montoya

## **Promoción del consumo responsable de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Fundación Universitaria Sanitas.<sup>10</sup>**

Autores:

Natalia Arevalo Fagua

Laura Nicol Marinez Colmenares

Juan Fernando Mejía

Luis Ángel Pallarés

Jonathan Esteban Torres Veloza

Colombia, Bogotá D.C.

26 de mayo de 2023

### Resumen

En Colombia, el consumo de sustancias psicoactivas es uno de los fenómenos determinantes en la realidad social del país de diferentes grupos etarios, destacando a la población adulta joven (Alcaldía de Bogotá, 2016). Debido a esto, el presente proyecto corresponde a una propuesta de promoción del consumo responsable de sustancias psicoactivas en jóvenes que cursan su carrera profesional en la Fundación Universitaria Sanitas. Se trata de un proyecto técnico tecnológico, con el cual se propone la caracterización del consumo de sustancias psicoactivas en la población estudiantil previo a cualquier intervención (pretest), junto con una serie de seminarios y actividades didácticas que buscan psicoeducar a la población y, posteriormente, evaluar si sus prácticas de consumo se vieron influenciadas por dicha intervención (postest). Se espera que al final del proyecto, los estudiantes desarrollen prácticas de consumo responsables y comportamientos preventivos, por lo que no se busca la desaparición del consumo, sino la transformación del mismo a alternativas menos riesgosas.

Palabras clave: Estudiantes, Consumo de sustancias, Prevención y promoción.

### Introducción

### Iniciación

---

<sup>10</sup> Fundación Universitaria Sanitas

unisanitas@unisanitas.edu.co

Se realizará un proyecto técnico tecnológico, en el que se llevarán a cabo talleres, campañas de sensibilización y capacitaciones a los estudiantes de la Fundación Universitaria Sanitas, ubicada en la ciudad de Bogotá. Este proyecto tiene un tiempo de ejecución a corto plazo, y un tiempo de aprovechamiento a largo plazo. A su vez, el proyecto generará un producto de tipo social, específicamente, un servicio que no es financiado por los usuarios y que busca el beneficio de los mismos.

Este proyecto será realizado con base en la promoción del consumo responsable de Sustancias Psicoactivas (SPA), puesto que en Colombia estas últimas han sido un determinante en la realidad social del país, siendo una problemática que ha infundido continuos años de disputa entre el gobierno nacional y diversos grupos al margen de la ley (Scoppetta, 2010).

Según la OPS, las drogas son sustancias químicas que alteran el funcionamiento normal del cuerpo y del cerebro. Estas sustancias pueden ser legales o ilegales, y pueden ser consumidas de diferentes formas, como inhaladas, inyectadas, fumadas o ingeridas. Esta definición nos proyecta a entender de mejor manera los tipos de sustancias que pueden causar efectos a largo plazo como es el caso de la drogadicción, definiendo esta como: una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias negativas que esto puede tener en la vida de la persona.

La adicción a las drogas puede alterar la estructura y la función del cerebro, lo que puede hacer que la persona tenga dificultades para controlar sus impulsos y para tomar decisiones sanas (Berruecos et al, 2010). Es de entender que la drogadicción puede afectar a personas de todas las edades, géneros, razas y estilos de vida. El consumo de drogas puede llevar a problemas de salud física y mental, problemas legales, dificultades sociales y familiares, y aislamiento social.

Con base en lo anterior, el uso de sustancias lícitas e ilícitas en la población de 18 a 24 años en Colombia conlleva diversas consecuencias que están estrechamente ligadas a los contextos y problemáticas específicas del país. En primer lugar, el consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco puede llevar a problemas de salud física y mental, así como al desarrollo de adicciones a largo plazo. Estos efectos son especialmente preocupantes en una etapa de la vida en la que los jóvenes están en proceso de formación y toma de decisiones (Minsalud, 2019).

Además, el uso de sustancias ilícitas, como la cocaína o la marihuana, puede tener impactos negativos en la sociedad colombiana, ya que está relacionado con el tráfico de drogas y la violencia asociada a este fenómeno. La producción y el consumo de drogas ilegales contribuyen a la proliferación de grupos criminales y a la desestabilización social en algunas regiones del país (Minsalud, 2019).

Cabe resaltar que según el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en el 2019 se estableció que las sustancias más usadas a nivel nacional son sustancias como: tabaco/cigarrillo, alcohol, marihuana, basuco, cocaína, entre otras sustancias. Es de entender que la muestra final de la población es de 49.756 (Minsalud. 2019), donde se encontraron datos de consumo a nivel

nacional en la población adolescente y adulto joven, en la cual se observó que la sustancia del tabaco se consume con frecuencia en las personas de 15 años a 18 años o incluso edades más avanzadas. El alcohol se observa que el uso actual es más frecuente en el grupo de 25 a 34 años, con un 39,7%, seguido de cerca por los jóvenes de 18 a 24 años, con un 38,3%. Estos dos grupos muestran porcentajes considerablemente más altos que los demás grupos de edad. Por otro lado, los adolescentes de 12 a 17 años presentan la tasa más baja de consumo de alcohol, con un 12,1%. En cuanto al consumo de marihuana, se destaca que los jóvenes de 18 a 24 años son el grupo de edad con mayor consumo, registrando una prevalencia de consumo en el último año del 6,5%. Le sigue el grupo de 25 a 34 años, con un 4,2%. Estos dos grupos representan el 72% del total de usuarios de marihuana durante el periodo analizado. Según lo encontrado, el consumo de cocaína los jóvenes de 18 a 24 años presentan las tasas más elevadas de consumo de cocaína, alcanzando un 1,1%, mientras que las personas de 25 a 34 años tienen un consumo de 0,9%. En conjunto, estos dos grupos representan un 64% del total de consumidores de estas sustancias. Por último, se encontró que el consumo de basuco en los jóvenes de 12 a 17 años es de un 19,6%, mientras que esta percepción disminuye a medida que aumenta el estrato socioeconómico, pasando del 35,8% en el estrato 1 al 23,1% en los estratos 4 a 6. Un 1,1% de la población informó haber recibido una oferta para comprar o probar en el último año, principalmente entre los hombres (1,8%), los jóvenes de 18 a 24 años (1,9%) y las personas del estrato 2 (1,3%) (Minjusticia, 2019).

Entendiendo los datos dados por el ministerio de salud este proyecto estará dirigido hacia la promoción del consumo responsable de SPA, y resulta pertinente definir a qué se refiere este último. En ese sentido, teniendo en cuenta la revisión realizada por Casado (2013), se considera que el consumo responsable hace referencia al conocimiento y la reducción de riesgos y daños asociados al consumo, por medio de la promoción de la responsabilidad por parte del consumidor para evitar al máximo el daño posible (dando información y orientaciones prácticas), o reforzando la conducta de no consumir en los casos donde aún no se presenta.

El proyecto se realiza debido a que se ha identificado que los estudiantes universitarios, principalmente, adultos jóvenes, presentan dificultades con el consumo responsable de sustancias psicoactivas (SPA). Esto se fundamenta gracias a que, según un estudio realizado por la Alcaldía de Bogotá (2016), en relación con la Secretaría Distrital de Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, fue encontrado que la prevalencia de consumo de SPA en jóvenes entre los 18 y los 24 años resulta mayor que en los demás grupos etarios. Esto se refuerza con el estudio epidemiológico andino sobre el consumo de drogas en la población universitaria Colombia en junio de 2017, donde se tuvieron en cuenta tanto drogas lícitas como (alcohol, tabaco, drogas farmacéuticas) y también drogas ilícitas como (marihuana, cocaína, basuco, estimulantes tipo anfetamínico, inhalables y otras drogas).

Por otra parte, en un estudio sobre sustancias lícitas realizado con una muestra total de 22.679 estudiantes de 12 universidades ubicadas en Colombia, se encontró que el 94.5% de los hombres y 91.3% de las mujeres han tomado alcohol alguna vez en su vida. En cuanto al tabaco, se registra que un 27% de la población manifiesta que ha consumido recientemente en el último año y el

16.8% declara que su consumo es actual siendo la prevalencia mayor en los hombres universitarios. En cuanto a las drogas farmacológicas, un 10,8% de los estudiantes declaran haber usado tranquilizantes farmacológicos alguna vez en su vida, sea con o sin prescripción médica, dónde en el último año las mujeres conforman el 2,2% y los hombres un 1,4%. (UNODC, 2017).

En cuanto a las drogas ilícitas, el 36,3% de la población declara haber consumido marihuana, siendo los hombres el 43.1%, y las mujeres el 30,2%. En cuanto a drogas como la cocaína, cerca del 7% de los estudiantes de la población total afirman haber consumido cocaína, siendo un 10,9% en hombres y un 3,4% en mujeres (UNODC. 2017).

A partir de esto nace la iniciativa de este proyecto, con el que se busca el consumo responsable de sustancias lícitas e ilícitas en la población de estudiantes de unisanitas. Para ello, se tendrá en cuenta qué en la institución se ha llevado a cabo un proyecto conocido como “T.A.L.E.N.T.O” donde se logró encontrar que, en esta población específica, el consumo con más prevalencia es el de la sustancia conocida como “popper”, mientras que la sustancia con menos prevalencia es la marihuana. Cabe recalcar qué este proyecto sentó sus bases en las estrategias de la OMS para la mitigación del consumo de sustancias y las habilidades para la vida para prevención del consumo, teniendo aliados estratégicos en dos fases: Fase 1: fortalecimiento interno (en la universidad); y Fase 2: trabajo con entidades externas (policía, antinarcóticos...)

Resulta a su vez importante señalar que, al solicitar información específica sobre el proyecto, nos encontramos con aspectos éticos y bioéticos a tener en cuenta como:

**Privacidad y confidencialidad:** Ya qué la recolección de información sobre el consumo de sustancias puede implicar datos personales y sensibles de los estudiantes.

**Beneficencia y no maleficencia:** Se debe tener cuidado de no causar daño a los participantes durante el proceso de recolección de información.

**Uso responsable de los datos:** Los investigadores deben utilizar los datos recopilados de manera responsable y ética.

**Divulgación de resultados:** Los resultados obtenidos en la investigación deben comunicarse de manera precisa y responsable.

### Objetivo General

Promover el consumo responsable de sustancias psicoactivas en jóvenes que cursan su carrera profesional en la Fundación Universitaria Sanitas.

### Objetivos específicos

Contextualizar las características de las sustancias psicoactivas legales e ilegales a los estudiantes que cursan su carrera profesional en la Fundación Universitaria Sanitas.

Evaluar el impacto de la psicoeducación en las características de consumo de los estudiantes que cursan su carrera profesional en la Fundación Universitaria Sanitas.

Desarrollo

Planeación

Alcances y limitaciones:

El proyecto busca que los estudiantes de la Fundación Universitaria Sanitas desarrollen prácticas responsables frente al consumo de sustancias psicoactivas, lo cual implica indirectamente que se prevenga el consumo en espacios inadecuados, el consumo excesivo y la dependencia al SPA. Así mismo, busca impactar a los estudiantes que asisten a la semana universitaria del período 2024-1, por medio del método de la bola de nieve, se espera que la información brindada a esta muestra de estudiantes sea comentada a personas que no participaron en el proyecto, pero que hacen parte de la universidad y que están expuestas al consumo, que tengan pensado empezar a consumir o que ya estén consumiendo.

Con base en esto, y partiendo de los datos de participación de estudiantes a lo largo de los cinco días de la semana universitaria en años anteriores (500 estudiantes aproximadamente), se estima que el día de la ejecución del proyecto, sean impactados 100 estudiantes, aunque se reconoce la limitación que implica la falta de datos precisos sobre la asistencia diaria de los estudiantes a la semana universitaria, y la ya de por sí falta de participación en este evento académico.

Como fue comentado anteriormente, el proyecto será realizado en la Fundación Universitaria Sanitas, en donde, con ayuda del área de Bienestar Universitario, se hará el pilotaje del proyecto para evidenciar su pertinencia con otras universidades de la ciudad. Para poder realizar todo el proceso, se requiere que la universidad cuente con espacios disponibles para la publicidad del proyecto y para la realización de los talleres y las actividades lúdicas (lo cual está cubierto en el caso de la universidad Sanitas), y, de igual forma, la universidad es la que financiará el proyecto, cuyos costos se encuentran mencionados en el apartado de Presupuesto y Recursos.

Población:

La población a impactar con el presente proyecto serán jóvenes que cursan su carrera profesional en la Fundación Universitaria Sanitas (sin importar cuál sea su carrera o su semestre de formación), quienes, por medio del correo institucional, serán invitados a participar en la semana universitaria y a la jornada de promoción de consumo responsable, realizada el día lunes 9 de octubre del año 2023.

Aspectos éticos:

El presente proyecto está sujeto a lo estipulado en la ley 1090 del año 2006, la cual regula el ejercicio de los psicólogos en el territorio colombiano e indica cuales son los principios de la ética profesional que un psicólogo debe seguir para poder ser considerado un profesional capaz e íntegro.

En este proyecto se han tenido en cuenta todas las consideraciones y principios éticos, sin embargo, hay algunos principios más claros y distinguibles que otros, de manera que, el proyecto busca la promoción de hábitos responsables de consumo brindando estrategias a los individuos que consumen con el fin de que se realice de forma responsable reduciendo posibles afectaciones, así mismo, se busca la prevención a los individuos que aún no realizan el consumo. Respetando la libertad y participación voluntaria de cada uno de los participantes, garantizando profesionales especializados en el desarrollo del campo.

### Ejecución

Para cumplir con el objetivo del proyecto, se harán cinco actividades a lo largo del día 9 de octubre del 2023, correspondientes a las siguientes temáticas: Sustancias psicoactivas, sustancias psicoactivas legales y sus efectos a nivel psicofisiológico, consumo responsable de sustancias psicoactivas legales, sustancias psicoactivas ilegales y sus efectos a nivel psicofisiológico, y consumo responsable de sustancias psicoactivas ilegales. Las actividades a realizar se encuentran especificadas en el siguiente link "[Actividades](#)". Por otro lado, En el Anexo 1 se presentan los protocolos de cada una de las actividades propuestas para el desarrollo del presente proyecto.

### Cronograma:

En el siguiente link se encuentra el cronograma de las actividades antes mencionadas ubicadas temporalmente junto con el resto de las fases del proyecto: [Cronograma](#)

### Control

#### Recursos humanos:

El proyecto será realizado por cinco estudiantes de la carrera de psicología de la Fundación Universitaria Sanitas, quienes participaron en las fases de iniciación y planeación, y que a su vez participarán en la ejecución, el control y el cierre del proyecto. Aun así, cada uno tendrá roles distinguidos que serán mencionados más adelante en la gráfica...

#### Roles:

-Gestor de inversiones: es la persona encargada de coordinar los distintos fondos de inversión del proyecto, es decir, ayuda a planificar y ordenar los recursos que se van a utilizar en el proyecto.

-Gerente del proyecto: es la persona encargada de la creación de las actividades y tareas a realizar en el proyecto, de igual manera realiza la planificación de los recursos a utilizar.

-Administrador de recursos humanos: es la persona encargada en la selección de perfiles competentes para la realización de las actividades planteadas en el proyecto. Los perfiles necesarios para la realización del proyecto son: médico toxicólogo, neuropsicólogo y gestores para la realización de las cantidades propuestas.

-Enlace con los participantes: Es la persona encargada de encontrar a los participantes interesados en el proyecto, debido a que el proyecto está abierto a toda la comunidad universitaria.

-Analista: Persona responsable de evaluar todas las probabilidades que puedan existir de riesgo como expectativas, alcances y limitaciones del proyecto.

-Ponente: Persona responsable de ejecutar los seminarios y/o actividades prácticas vinculadas al proceso de educación sobre el consumo responsable en los jóvenes universitarios.

**Recursos materiales:**

Serán requeridas las instalaciones de la Fundación Universitaria Sanitas ubicada en la Calle 170 #8 - 41 (Sede Norte), específicamente, el auditorio y la zona verde.

De igual forma, serán requeridos los 100 refrigerios disponibles para los estudiantes, los cuales serán financiados por la universidad.

**Presupuesto:**

El proyecto será realizado con un presupuesto total de \$10.000.000 de pesos. En la tabla 3 se describe a detalle los recursos y presupuesto que serán utilizados en el desarrollo del proyecto.

Tabla 3.

**Presupuesto del Proyecto**

Recurso	Presupuesto
Salario de los organizadores por hora	50.000
Fase de planeación (15 horas)	1.350.000
Fase de ejecución (8 horas)	400.000

Salario del organizador por todo el proceso 1.750.000

Salario total de los 5 organizadores 8.750.000

---

Salario del neuropsicólogo por hora 175.000

Salario del neuropsicólogo por la jornada (2 horas) 350.000

Salario del médico especialista por hora 175.000

Salario del médico especialista por jornada (2 horas) 350.000

---

Almuerzo por persona 12.000

Almuerzo para todo el equipo (5 organizadores y 2 colaboradores) 84.000

---

Costo de la manilla de recuerdo 5.000

80 manillas 400.000

---

Total 9.934.000

---

A su vez, para la medición del impacto del proyecto, serán enviadas al correo institucional dos encuestas, una sobre el grado de satisfacción con las actividades realizadas y las recomendaciones para una futura realización de estas, y otra sobre el consumo de sustancias psicoactivas, dirigida a los estudiantes de todos los semestres y de todas las facultades de la Fundación Universitaria Sanitas. En esta encuesta, se realizarán preguntas con las cuales caracterizar el consumo de los estudiantes, específicamente, indagando sobre las sustancias que han consumido al menos una vez, las que consumen en la actualidad y las que planean consumir en un futuro. De igual forma, se indaga sobre la frecuencia del consumo, la duración y la intensidad del mismo.

En ambas encuestas se presentará un consentimiento informado con el cual los estudiantes estarán informados sobre las implicaciones de su participación en la respuesta a las preguntas de las encuestas, dejando claro los aspectos éticos mencionados anteriormente.

La encuesta de consumo de sustancias psicoactivas será enviada antes del 9 de octubre del 2023, que es el día en el que se ejecutarán las actividades destinadas para la promoción del consumo responsable. Así mismo, un mes después de haber realizado la ejecución de las actividades, el 9 de noviembre del 2023, será enviada nuevamente la encuesta a todos los estudiantes (no solo los que participaron en las actividades), con el fin de identificar si las características del consumo cambiaron. En el anexo 2 y 3, se encuentran las dos encuestas realizadas:

### Cierre

Para la finalización del proyecto, se estima que, en un informe final, se documente todo el proceso realizado en cada una de las fases (es decir, lo mencionado hasta el momento en el documento), pero, a su vez, se presentarán los resultados de la encuesta de satisfacción de las actividades realizadas el día lunes de la semana universitaria, y los resultados de la encuesta de consumo de sustancias psicoactivas (tanto pre como post intervención). Dichos resultados serán interpretados con base a la información mencionada en la iniciación del proyecto, y, a su vez, se realizarán sugerencias para posibles actividades a realizar con los estudiantes de Unisanitas, junto con aquellas observaciones de mejora para aplicaciones futuras de este proyecto en otras instituciones educativas.

### Conclusiones

Tras la realización de la propuesta del proyecto, se concluye que la propuesta realizada cumple con cada una de las fases de un proyecto técnico tecnológico, pero, aun así, se reconoce que el proyecto pudo haberse nutrido de más información documental que guiara de mejor manera la planeación llevada a cabo. Esto incluye aquella información específica sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de Unisanitas, puesto que son datos a los que no se pudo tener acceso, pero que hubieran permitido conformar un mejor marco de antecedentes con el cual contrastar los datos obtenidos en el momento actual.

Adicionalmente, considerando que a la semana universitaria no suelen asistir tantos estudiantes, sería pertinente que las actividades planteadas para la promoción del consumo responsable puedan realizarse en otros momentos a lo largo del año académico, y que a su vez, de estos encuentros se pueda establecer material didáctico que favorezca la accesibilidad a la información brindada por los profesionales, las inquietudes resultas de los estudiantes y demás aspectos discutidos en las actividades, cosa que favorecería a que el impacto del proyecto se generalice a más miembros de la población de estudio. Con esto último, también se considera importante para futuras ocasiones incluir no solo a profesionales o profesionales en formación para la realización de actividades, sino también a personas que hayan pasado por complicaciones debido a un consumo frecuente, en grandes cantidades o en largas instancias de tiempo, quienes puedan narrar su experiencia personal y la forma cómo consiguieron sobrellevar el consumo o mermarlo por completo.

### Referencias

Casado, J. (2013). Consumo Responsable de Sustancias: La Reducción de Riesgos como Alternativa a la Prohibición. Universidad de Valladolid.

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Abuso de sustancias. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Scoppetta, O. (2010). Minjusticia. Consumo de Drogas en Colombia: Características y Tendencias. Observatorio de Drogas de Colombia. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO03102010-consumo-drogas-colombia-caracteristicas-tendencias-.pdf>

Ministerio de salud. (2019). Minjusticia & Minsalud. ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. Recuperado el 22 de mayo del 2023 de: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019v2.pdf?c>

### Anexos

Anexo 1 - Protocolos [https://www.canva.com/design/DAFjxBvsHr4/0mmikOM9idiwqqX1RC-Dvg/edit?utm\\_content=DAFjxBvsHr4&utm\\_campaign=designshare&utm\\_medium=link2&utm\\_source=sharebutton](https://www.canva.com/design/DAFjxBvsHr4/0mmikOM9idiwqqX1RC-Dvg/edit?utm_content=DAFjxBvsHr4&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton)

Anexo 2 - Encuesta de satisfacción:

<https://forms.office.com/r/Q5XPcvx0fs>

Anexo 3 - Encuesta de consumo de sustancias psicoactivas

<https://forms.gle/3Smz1ZChvXy8r8xj6>

Anexo 4 - Dirección Electrónica de los autores

[n.arevalofa@unisanitas.edu.co](mailto:n.arevalofa@unisanitas.edu.co)

[ln.marinezco@unisanitas.edu.co](mailto:ln.marinezco@unisanitas.edu.co)

[la.hernandezpa@unisanitas.edu.co](mailto:la.hernandezpa@unisanitas.edu.co)

[jf.mejiasa@unisanitas.edu.co](mailto:jf.mejiasa@unisanitas.edu.co)

[je.torresve@unisanitas.edu.co](mailto:je.torresve@unisanitas.edu.co)

## **Estrés Oxidativo, desequilibrio en las neuronas del sistema dopaminérgico generado por la inhalación de tolueno**

Mata Esquiviaz María Inocencia Florencia 1, Galicia Castillo Oscar Ricardo<sup>1</sup>, y Buenrostro Jáuregui Mario Humberto<sup>1</sup>

México, Ciudad de México, 20 de Julio del 2023

### Resumen

Nuestro objetivo es revisar la evidencia científica reportada en los últimos años sobre la adicción a los inhalables y su relación con el estrés oxidativo en áreas del sistema mesolímbico dopaminérgico para entender el comportamiento adictivo de los inhalables. Método: en el presente trabajo se realizó una revisión sistemática en la literatura que existe en la base de datos de Pubmed y Web of Science a partir de conceptos básicos, tales como “estrés oxidativo” y “antioxidantes” en el sistema mesolímbico generados por la exposición crónica del tolueno. Dentro de los inhalables, el solvente que más se utilizan con fines recreativos es el tolueno, éste es un líquido incoloro e insoluble en agua con un olor característico a los diluyentes de pinturas. El abuso de los inhalables, incluido el tolueno, es un trastorno que presenta efectos neurotóxicos en el sistema mesolímbico dopaminérgico, entre estos efectos se encuentra el estrés oxidativo que se refiere a un desbalance entre los oxidantes y antioxidante que generan cambios fisiológicos y bioquímicos que provocan deterioro y muerte celular, esto ocurre por el exceso de especies reactivas de oxígeno (ERO) o por la deficiencia del sistema antioxidante. Aunque aún no se tienen certeza sobre el mecanismo de acción del tolueno para producir tales efectos neurotóxicos en el cerebro, aquí describimos estudios que muestran que el tolueno tiene alta probabilidad de generar estrés oxidativo en neuronas dopaminérgicas. Sugerimos ampliar la investigación psicológica sobre adiciones a disolventes, particularmente acerca de daño celular que pudieran modificar procesos cognitivos y emocionales, los cuales pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de la adicción.

Palabras claves: tolueno, sistema mesolímbico dopaminérgico, estrés oxidativo, especies reactivas de oxígeno y antioxidantes

### Abstract

We aim to review the scientific evidence reported in recent years on addiction to inhalants and its relationship with oxidative stress in areas of the dopaminergic mesolimbic system to understand the

---

<sup>11</sup> Laboratorio de Neurociencias, Departamento de Psicología, Universidad Iberoamericana, Prolongación Paseo de Reforma 880, Lomas de Santa Fe, México, C.P. 01219, Ciudad de México, [maria.florencia@ibero.mx](mailto:maria.florencia@ibero.mx) y [mario.buenrostro@ibero.mx](mailto:mario.buenrostro@ibero.mx).

addictive behavior of inhalants. Method: in the present work, a systematic review was carried out in the literature that exists in the Pubmed and Web of Science databases based on fundamental concepts, such as "oxidative stress" and "antioxidants" in the mesolimbic system generated by the chronic exposure to toluene. Within inhalants, the solvent most used for recreational purposes is toluene. This is a colorless, water-insoluble liquid with a characteristic odor of paint thinners. The abuse of inhalants, including toluene, is a disorder that presents neurotoxic effects on the dopaminergic mesolimbic system, among these effects is oxidative stress, which refers to an imbalance between oxidants and antioxidants that generate physiological and biochemical changes that cause deterioration and cell death, this occurs because of the excess of reactive oxygen species (ROS) or due to the deficiency of the antioxidant system. Although the mechanism of action of toluene to produce such neurotoxic effects in the brain remains uncertain, here we describe studies showing that toluene has a high probability of generating oxidative stress in dopaminergic neurons. We suggest expanding psychological research on solvent addictions, particularly about cellular damage that could modify cognitive and emotional processes, which can contribute to the development and maintenance of the addiction.

Keywords: toluene, mesolimbic dopaminergic system, oxidative stress, reactive oxygen species and antioxidants.

La adicción a inhalables es una enfermedad cerebral crónica que se caracteriza por el uso compulsivo de solventes (Apawu et al., 2015, 2020; Beckley & Woodward, 2013). Los inhalables son sustancias volátiles a temperatura ambiente que se inhalan de forma voluntaria o involuntaria, para obtener un estado alterado de conciencia, trayendo consigo una serie de alteraciones que modifican la conducta del individuo con consecuencias negativas (Balster et al., 2009). El abuso de inhalables es un problema de salud pública, que en México afecta principalmente a adolescentes (Villatoro et al., 2011). Dentro de los solventes que más se utiliza con fines recreativos, es el tolueno, que es el componente principal de muchos productos de uso doméstico e industrial que se comercializan en varios lugares donde tienen fácil acceso los niños y adolescentes que viven o trabajan en la calle (Balster et al., 2009). El consumo crónico del tolueno genera efectos neurotóxicos en el sistema mesolímbico dopaminérgico, dentro de estos efectos se encuentra el estrés oxidativo, del que pondremos mayor énfasis para fines de esta revisión. El estrés oxidativo se conoce como un desequilibrio entre los oxidantes y los antioxidantes dentro de la neurona habiendo mayor cantidad de especies reactivas de oxígeno (ERO) que de moléculas antioxidantes. El incremento de ERO provoca daño y muerte celular, resultado del ataque de biomoléculas importantes para la sobrevivencia de la célula, aunque se desconoce cómo es que el tolueno produce dichos efectos y como estos efectos pudieran alterar la conducta del individuo.

#### Adicción a inhalables

De acuerdo a el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta Ed (DSM-5), el trastorno por consumo de inhalables se caracteriza por inhalar vapores de hidrocarburos, como los

que se encuentran en solventes o diluyentes de pintura (American Psychiatric Association, 2013), trayendo consigo síntomas cognitivos y fisiológicos que indican que la persona consume solventes a pesar las consecuencias negativas que contraiga (Morrison, 2015). El consumo en exceso de las sustancias adictivas, incluidos los inhalables, produce una sobre estimulación del sistema mesolímbico dopaminérgico que lo modifica para generar un patrón desadaptativo que conllevan a un deterioro significativo que se identifica por presentar ciertas conductas que son ampliamente estudiadas por la psicología de las adicciones tales como, pérdida del control del uso de la droga, uso compulsivo (atracción / intoxicación), uso continuo a pesar del daño (dependencia física) y deseo intenso de seguir consumiendo la sustancia (craving)(Koob & Volkow, 2016).

El abuso de inhalables es un problema de salud pública en todo el mundo (Beckley & Woodward, 2013) y también en México (Villatoro et al., 2011). En México se ha ido incrementando sobre todo en la población de niños y adolescente. La encuesta Nacional del Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE 2014) coloca a los inhalables como la segunda droga más utilizada entre los adolescentes, después de la marihuana (Villatoro et al., 2011). Mientras que la Encuesta Nacional del consumo de Drogas de abuso, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016-2017) indican que el abuso de inhalables ocupa el tercer lugar de la droga más consumida después de la marihuana y la cocaína (Reséndiz et al., 2018).

Los inhalables, incluyendo el tolueno.

Los inhalables son disolventes líquidos volátiles a temperatura ambiente, altamente liposolubles y que pueden ser inhalados para producir un estado alterado de conciencia (Cruz et al., 2019). Si bien hay muchas otras sustancias de abuso que se pueden inhalar, el término “inhalantes” se utiliza para describir aquellas sustancias que rara vez o nunca se consumen por una vía diferente que no sea la de inhalación (Balster et al., 1998). Dentro de este grupo de disolventes volátiles, el hidrocarburo más utilizado con fines recreativos es el tolueno, que se encuentran en diversos productos de uso doméstico e industrial, por ejemplo; diluyentes y removedores de pintura (thiner), líquidos para lavar en seco, desengrasantes, gasolina, pegamento, marcadores, barnices, quitaesmalte, tintas, correctores líquidos, entre otros. Estos productos son fáciles de conseguir en comercios, lugares de trabajo, escuelas y hogares, además de que son baratos, su posesión es legal y su inhalación no se considera una conducta de alto riesgo, esto lo convierte en una droga de fácil acceso (Cruz et al., 2019; Balster et al., 1998).

El tolueno o metilbenceno es un hidrocarburo aromático que pesa 92 g/mol, es claro e incoloro y se absorbe fácilmente por los pulmones, se excreta solo el 75% de tolueno inhalado en la orina como ácido hipúrico después de 12 horas posteriores a la exposición, pero se retiene mayormente en tejido adiposo en donde su vida media es de 0.5 a 3 días. La rápida absorción que tiene el tolueno en el sistema nervioso central, rico en lípidos, se debe a la naturaleza lipofílica que tiene el disolvente (Albiano, 1990).

### Sistema mesolímbico dopaminérgico y su relación con el mecanismo de acción del tolueno

El sistema mesolímbico dopaminérgico está constituido por el área tegmental ventral, el cual pasa por el núcleo accumbens, y se proyecta a la corteza prefrontal, este sistema es el más atacado por las drogas de abuso debido a que estimulan la liberación de dopamina (Di Chiara & Imperato, 1988). Al igual que lo hacen los inhalables. Varios estudios han demostrado que la sobreestimulación de este sistema por el consumo repetitivo del tolueno, provoca alteración en la estructura y función de las neuronas que conforman este circuito de recompensa (Beckley et al., 2013; Braunscheidel et al., 2017; Malloul et al., 2018; Wayman & Woodward, 2018; Cruz et al., 2019). En cuanto al mecanismo de acción de los inhalables, éste es muy similar al del etanol (Nimitvilai et al., 2016), el tolueno inhibe a los receptores glutamatérgicos del tipo NMDA (Cruz et al., 1998; Bale et al., 2005) y aumenta la función de los receptores GABAA (Beckstead et al., 2000), esto nos indica que el tolueno produce un incremento en la inhibición y una disminución de la excitación sobre los neurotransmisores y receptores que se encuentran en el sistema límbico.

### Efecto neurotóxico provocado por el tolueno, estrés oxidativo

La exposición recurrente de hidrocarburos, como el tolueno, puede generar efectos neurotóxicos en el sistema mesolímbico, tal como el estrés oxidativo (LeBel et al., 1989; Mattia et al., 1991;1993; Baydas et al., 2003). El estrés oxidativo se ha definido como el desequilibrio entre la presencia de especies reactivas de oxígeno (ERO) y la disminución de capacidad que tienen las células para contrarrestar sus acciones mediante el sistema de protección antioxidante (Persson et al., 2014). Sies (1997) fue el primero en definir el estrés oxidativo, como “Una anomalía entre el balance prooxidante con el antioxidante, en favor de las sustancias oxidantes, promoviendo un daño potencial” (Sies, 1997 pp. 168). Por lo consiguiente, si en la neurona se encuentra mayor cantidad de especies reactivas y un sistema endógeno carente de protección a los ataques oxidativos, las ERO afectan actividades celulares, como; la fluidez de la membrana, los niveles de  $Ca^{2+}$  y la traducción de genes y proteínas. Por esta razón, es importante mencionar que son los ERO, y como actúan a nivel celular.

### Especies reactivas de Oxígeno (ERO)

Las ERO se derivan de las moléculas de oxígeno, son partículas que se forman como producto del metabolismo de los radicales libres, los cuales contienen uno o más electrones desapareados en un orbital externo haciéndolo altamente reactivo y dándole una configuración espacial que genera una alta inestabilidad a la molécula por lo que tienden a robar un electrón a otras moléculas estables con el fin de lograr su estabilidad electroquímica, iniciando así una reacción en cadena que destruye a las células. La mayoría ERO (95-98%) son producidos en la cadena de transporte de electrones (CTE) en la membrana interna de la mitocondria durante el metabolismo aeróbico (Persson et al., 2014).

El incremento de ERO en la célula nerviosa puede ser perjudicial porque lleva a la célula a apoptosis, debido a que estos pueden oxidar a los ácidos nucleicos (ADN y ARN) y afectar la

replicación y transducción de genes importantes para la sobrevivencia y mantenimiento de la célula nerviosa (Milne et al., 2005). También pueden oxidar a los lípidos, pegando un grupo (OH-) para dañan a las membranas celulares a esto se le conoce como “Peroxidación lipídica” (Liu et al., 1999; Milne et al., 2005). Asimismo, la oxidación lipídica puede formar aldehídos, como el malodialdehído (MDA) y el 4-hidroxinonal que se pueden unir a la proteína e interrumpir su función (Doorn & Petersen, 2003). Por otra parte, cabe considerar que existe un mecanismo que puede mantener la homeostasis redox celular mediante la reducir de la formación de ERO y estos son los antioxidantes (He et al., 2017), los cuales a continuación se describirán.

### Antioxidantes

Halliwell (1992) define a los antioxidantes como; “Cualquier sustancia que, en bajas concentraciones comparado con el sustrato oxidable, disminuye significativamente o inhibe la oxidación de este sustrato” (Halliwell et al., 1997).

Nuestro organismo produce antioxidantes endógenos que pueden ser enzimáticos como; superóxido dismutasa (SOD), catalasa (CAT) y glutatión peroxidasa y tiorredoxina, y no enzimáticos tales como, ascorbato, tocoferol, carotenoide y ubiquina (He et al., 2017). Sin embargo, muchas veces no son suficientes, por lo que se obtienen de fuentes externas como la ingesta de alimentos, que contienen nutrientes como; la vitamina C (ácido ascórbico), la vitamina E y A, el glutatión, la taurina, la creatina, el zinc y los polifenoles (isoflavonas) (Singh et al., 2019). Los polifenoles (flavonoides), proporcionan efectos protectores a través de una variedad de acciones biológicas, como inactivación de radicales libres, modulando en la actividad de las enzimas y la expresión de genes (Pandey & Rizvi., 2009). Sin embargo, no se han estudiado los efectos protectores que tiene los flavonoides en el sistema nervioso central, y menos si este se encuentra alterado por la adicción a solventes, por lo que valdría la pena estudiarlos para obtener una alternativa natural que reduzca la producción de ERO.

Estrés Oxidativo en el sistema mesolímbico dopaminérgico producido por la exposición crónica del tolueno.

Existe evidencia de que el abuso crónico del tolueno produce ERO que inducen estrés oxidativo en las neuronas del sistema mesolímbico dopaminérgico (Konuk et al., 2012), varios estudios se han centran en examinar el estrés oxidativo provocado en la lipoperoxidación de la membrana de la neurona (LeBel & Schatz, 1988; Mattia et al., 1993; Baydas et al., 2003), corrientes de Ca<sup>2+</sup> (von Euler et al., 1989;1990), otros en el daño del DNA (Laio et al., 2019; Moro et al., 2012) y algunos más en la morfología de las neuronas (Mattia et al., 1991, 1993), a continuación veremos estos estudios.

LeBel y Schatz (1988), y Mattias (1993) demostraron, en diferentes estudios, que el tolueno administrado a concentraciones diferentes (0.5, 1, 1.5 g/kg, ip) a ratas, producían ERO que alteran la fluidez en la membrana externa de fracciones sinaptosomales del cuerpo estriado, hipocampo y cerebelo (Le Bel & Schatz, 1988; Mattia et al., 1993). Asimismo, Baydas y colegas (2003) demostraron que los vapores de thinner a concentraciones de 3000 ppm expuestos a ratas por una 1h durante 45 días mostraron un incremento en la lipoperoxidación en hipocampo, corteza y cerebelo generado por radicales libres (Baydas et al., 2003).

Sin embargo, otros estudios se enfocaron en analizar los niveles intracelulares de  $Ca^{2+}$  después de la exposición crónica del tolueno. Se sabe que la sobreestimulación de las subunidades NR2A y NR2B del receptor NMDA generan un incremento de iones  $Ca^{2+}$  dentro de la neurona postsináptica tal como lo demostró von Euler y su equipo, quienes estudiaron los cultivos de estriado de rata recién nacida que fueron expuestas a tolueno a 4,7 y 150  $\mu\text{mol/ml}$ , las cuales mostraron incremento de ERO generadas por  $Ca^{2+}$ . También demostraron que se activa la enzima NO sintetasa neuronal que produce óxido nítrico (NO) y se transforma en un producto altamente reactivo para la neurona, el peroxinitrito (von Euler et al., 1989, 1990).

Recientemente, Laio (2019) y colaboradores estudiaron la genotoxicidad provocada por la exposición al tolueno, ellos analizaron daños en el ADN inducido por el estrés oxidativo en la corteza, el cerebelo y el hipocampo después de la exposición aguda y crónica del tolueno en ratones (Laio et al., 2019). De igual manera, Moro y su equipo (2012) encontraron daño en el ADN de los pintores que han estado inhalando tolueno a bajas concentraciones y en periodos largos (Moro et al., 2012). Finalmente, Edelfors y colegas (2002) realizaron un estudio en donde se les proporcionó tolueno a las ratas prenatalmente desde la gestación (7 al 20), la concentración de tolueno que utilizaron fue de 18000 ppm por 6 hora al día y encontraron que en los días 35-42 después de nacer tuvieron mayor cantidad de ERO en las neuronas del sistema mesolímbico y además que las membranas de las neuronas estuvieron altamente deterioradas (Edelfors et al., 2002). Mattia y sus colaboradores han proporcionado pruebas sólidas que sugieren que los fenómenos asociados a la membrana son parte importante del estrés oxidativo generado por este disolvente. Algo que sostiene estas pruebas es que el tolueno tiene un alto grado de lipofiliidad (Mattia et al., 1993).

### Conclusión

A partir de la revisión analizada, es posible concluir que el consumo recurrente de los inhalables, especialmente del tolueno, genera una serie de efectos neurotóxicos como el estrés oxidativo, que implican un desequilibrio en las neuronas, manifestado por un aumento de especies reactivas de oxígeno que generan daño en las neuronas del sistema mesolímbico dopaminérgico.

Por todo lo anterior, es posible aseverar que estudiar el estrés oxidativo generado por el consumo de inhalables es de gran importancia debido a que nos ayudaría a conocer y entender el daño generado por las especies reactivas dentro de las neuronas y de alguna manera proponer una alternativa o tratamiento para reducir o restaura dicho daño oxidativo, una de las opciones que

proponemos para resarcir las ERO es el consumo de antioxidantes que tengan alto grado de protección antioxidante, por lo que valdría la pena estudiar más a los antioxidantes para encontrar el que sea más efectivo y específico para el daño oxidativo dentro las neuronas del sistema mesolímbico, esto nos serviría para que en un futuro podamos proponer un alternativa natural que ayude a recuperar el daño provocado por la adicción de inhalables. Así como también ampliaría nuestro conocimiento acerca de la cognición y conducta adictiva a los disolventes.

## Referencias

- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- Apawu, A. K., Callan, S. P., Mathews, T. A., & Bowen, S. E. (2020). Repeated toluene exposure leads to neuroadaptation in dopamine release mechanisms within the nucleus accumbens core. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 408, 115260. <https://doi.org/10.1016/j.taap.2020.115260>
- Apawu, A. K., Mathews, T. A., & Bowen, S. E. (2015). Striatal dopamine dynamics in mice following acute and repeated toluene exposure. *Psychopharmacology*, 232(1), 173–184. <https://doi.org/10.1007/s00213-014-3651-x>
- Balster, R. L., Cruz, S. L., Howard, M. O., Dell, C. A., & Cottler, L. B. (2009). Classification of abused inhalants. *Addiction*, 104(6), 878–882. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02494.x>
- Braunscheidel, K. M., Gass, J. T., Mulholland, P. J., Floresco, S. B., & Woodward, J. J. (2017). Persistent cognitive and morphological alterations induced by repeated exposure of adolescent rats to the abused inhalant toluene. *Neurobiology of learning and memory*, 144, 136–146. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2017.07.007>
- Beckley, J. T., & Woodward, J. J. (2013). Volatile Solvents as Drugs of Abuse: Focus on the Cortico-Mesolimbic Circuitry. *Neuropsychopharmacology*, 38(13), Article 13. <https://doi.org/10.1038/npp.2013.206>
- Beckley, J. T., Evins, C. E., Fedarovich, H., Gilstrap, M. J., & Woodward, J. J. (2013). Medial prefrontal cortex inversely regulates toluene-induced changes in markers of synaptic plasticity of mesolimbic dopamine neurons. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*, 33(2), 804–813. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3729-12.2013>
- Cruz, S. L., Torres-Flores, M., & Galván, E. J. (2019). Repeated toluene exposure alters the synaptic transmission of layer 5 medial prefrontal cortex. *Neurotoxicology and teratology*, 73, 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.ntt.2019.02.002>
- Doorn, J. A., & Petersen, D. R. (2003). Covalent adduction of nucleophilic amino acids by 4-hydroxynonenal and 4-oxononenal. *Chemico-Biological Interactions*, 143–144, 93–100. [https://doi.org/10.1016/S0009-2797\(02\)00178-3](https://doi.org/10.1016/S0009-2797(02)00178-3)

- He, L., He, T., Farrar, S., Ji, L., Liu, T., & Ma, X. (2017). Antioxidants Maintain Cellular Redox Homeostasis by Elimination of Reactive Oxygen Species. *Cellular physiology and biochemistry : international journal of experimental cellular physiology, biochemistry, and pharmacology*, 44(2), 532–553. <https://doi.org/10.1159/000485089>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The lancet. Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
- Konuk, M., ŞAHİN, T., CİĞERCİ, İ. H., Fidan, A. F., & Korcan, S. E. (2012). Effects of alpha-lipoic acid on DNA damage, protein oxidation, lipid peroxidation, and some biochemical parameters in sub-chronic thinner-addicted rats. *Turkish Journal of Biology*, 36(6), 702-710
- Laio, T.-Y., Chen, C.-C., Tsou, H.-H., Liu, T.-Y., & Wang, H.-T. (2019). Acute and Chronic Exposure of Toluene Induces Genotoxicity in Different Regions of the Brain in Normal and Allergic Mouse Models. *Neurotoxicity Research*, 36(4), 669–678. <https://doi.org/10.1007/s12640-019-00024-y>
- Lee, K. H., Cha, M., & Lee, B. H. (2020). Neuroprotective Effect of Antioxidants in the Brain. *International journal of molecular sciences*, 21(19), 7152. <https://doi.org/10.3390/ijms21197152>
- Le Bel, C. P., & Schatz, R. A. (1988). Toluene-induced alterations in rat synaptosomal membrane composition and function. *Journal of Biochemical Toxicology*, 3, 279–293. <https://doi.org/10.1002/jbt.2570030406>
- Liu, T., Stern, A., Roberts, L. J., & Morrow, J. D. (1999). The isoprostanes: Novel prostaglandin-like products of the free radical-catalyzed peroxidation of arachidonic acid. *Journal of Biomedical Science*, 6(4), 226–235. <https://doi.org/10.1007/BF02253564>
- Malloul, H., Bennis, M., Bonzano, S., Gambarotta, G., Perroteau, I., De Marchis, S., & Ba-M'hamed, S. (2018). Decreased Hippocampal Neuroplasticity and Behavioral Impairment in an Animal Model of Inhalant Abuse. *Frontiers in neuroscience*, 12, 35. <https://doi.org/10.3389/fnins.2018.00035>
- Mattia, C. J., Adams, J. D., & Bondy, S. C. (1993). Free radical induction in the brain and liver by products of toluene catabolism. *Biochemical Pharmacology*, 46(1), 103–110. [https://doi.org/10.1016/0006-2952\(93\)90353-X](https://doi.org/10.1016/0006-2952(93)90353-X)
- Mattia, C. J., Lebel, C. P., & Bondy, S. C. (1991). Effects of toluene and its metabolites on cerebral reactive oxygen species generation. *Biochemical Pharmacology*, 42(4), 879–882. [https://doi.org/10.1016/0006-2952\(91\)90048-A](https://doi.org/10.1016/0006-2952(91)90048-A)
- Milne, G. L., Musiek, E. S., & Morrow, J. D. (2005). F2-Isoprostanes as markers of oxidative stress in vivo: An overview. *Biomarkers*, 10(sup1), 10–23. <https://doi.org/10.1080/13547500500216546>

Moro, A. M., Brucker, N., Charão, M., Bulcão, R., Freitas, F., Baierle, M., Nascimento, S., Valentini, J., Cassini, C., Salvador, M., Linden, R., Thiesen, F., Buffon, A., Moresco, R., & Garcia, S. C. (2012). Evaluation of genotoxicity and oxidative damage in painters exposed to low levels of toluene. *Mutation Research/Genetic Toxicology and Environmental Mutagenesis*, 746(1), 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.mrgentox.2012.02.007>

Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.

Nimitvilai, S., You, C., Arora, D. S., McElvain, M. A., Vandegrift, B. J., Brodie, M. S., & Woodward, J. J. (2016). Differential Effects of Toluene and Ethanol on Dopaminergic Neurons of the Ventral Tegmental Area. *Frontiers in neuroscience*, 10, 434. <https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00434>

Persson, T., Popescu, B. O., & Cedazo-Minguez, A. (2014). Oxidative Stress in Alzheimer's Disease: Why Did Antioxidant Therapy Fail? *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, 2014, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2014/427318>

Reséndiz Escobar, E., Bustos Gamiño, M. N., Mujica Salazar, R., Soto Hernández, I. S., Cañas Martínez, V., Fleiz Bautista, C., ... & Villatoro Velázquez, J. A. (2018). Tendencias nacionales del consumo de alcohol en México: resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. *Salud mental*, 41(1), 7-15.

Riegel, A. C., Ali, S. F., Torinese, S., & French, E. D. (2004). Repeated exposure to the abused inhalant toluene alters levels of neurotransmitters and generates peroxynitrite in nigrostriatal and mesolimbic nuclei in rat. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1025, 543–551. <https://doi.org/10.1196/annals.1316.079>

Villatoro et al., 2011. (s/f). Volatile Substance Misuse in Mexico: Correlates and Trends. *Substance use & misuse*, 46 (sup 1), 40–45.

von Euler, G., Fuxe, K., & Bondy, S. C. (1990). Ganglioside GM1 prevents and reverses toluene-induced increases in membrane fluidity and calcium levels in rat brain synaptosomes. *Brain Research*, 508(2), 210–214. [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(90\)90398-U](https://doi.org/10.1016/0006-8993(90)90398-U)

von Euler, G., Hansson, E., & Fuxe, K. (1989). Toluene treatment in vitro and calcium-regulated protein phosphorylation in primary astroglial cell cultures from the rat striatum. *Toxicology in Vitro*, 3(3), 235–240. [https://doi.org/10.1016/0887-2333\(89\)90011-8](https://doi.org/10.1016/0887-2333(89)90011-8)

Wayman, W. N., & Woodward, J. J. (2018). Exposure to the Abused Inhalant Toluene Alters Medial Prefrontal Cortex Physiology. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 43(4), 912–924. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.117>

## **Mesa 4**

Moderador: Dr. León Darío Botero Botero

## **Evaluación de la conducta en niñas escolares en una práctica académica en Psicología**

Osorio-Valencia Erika<sup>1,2</sup>, Montes de Oca-Mayagoitia Sandra<sup>2</sup>, Cortés-Flores Aida<sup>2</sup>

1 Departamento de Neurobiología del Desarrollo-Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

2 Departamento de Psicología-Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

### Resumen

Las instituciones de resguardo infantil han surgido como ayuda para mejorar las condiciones de vida de los niños que por diversas causas no tienen una familia que los provea de los cuidados necesarios, por las condiciones de vida, estos infantes presentan algunos problemas conductuales que se incrementan al llegar a la institución. El objetivo de este trabajo fue evaluar la conducta de las niñas con las que se trabaja durante una práctica académica de la licenciatura en Psicología de la Universidad Iberoamericana y que están en una institución de resguardo infantil identificando la conducta de las niñas desde su propia perspectiva y desde la perspectiva del cuidador institucional principal. Se utilizó la Escala de Comportamiento Behavior Assessment System for Children (BASC-2) en su versión en español. Los resultados indican que el principal problema conductual de las niñas desde la perspectiva del personal institucional es la agresión presente en el 72.7% de las niñas, mientras que el principal problema de conducta desde la perspectiva de las niñas es la atención, presente en el 52.9 % de las niñas. Es importante incluir pequeños trabajos de investigación para fomentar en los alumnos el interés por aumentar el cuerpo de conocimiento en la disciplina y que a la vez lo puedan integrar como una parte importante de su quehacer clínico.

Palabras clave: institución, niñas, problemas conductuales, cuidador principal, BASC-2

### Abstract

Child shelter institutions have emerged to help improve the living conditions of children who, for various reasons, do not have a family that provides them with the necessary care, due to living conditions, these infants present some behavioral problems that increase as arrive at the institution. The objective of this work was to evaluate the behavior of the girls with whom they work during an academic practice of the degree in psychology from the Universidad Iberoamericana and who are in a child care institution, identifying the behavior of the girls from their own perspective and from the perspective of the primary institutional caregiver. The Behavior Assessment System for Children (BASC-2) Scale in its Spanish version was used. The results indicate that the main behavioral problem of girls from the perspective of institutional staff is aggression, present in 72.7% of girls, while the main behavioral problem from the perspective of girls is attention, present

in 52.9%. % of girls. It is important to include small research papers to encourage students' interest in increasing the body of knowledge in the discipline and, at the same time, they can integrate it as an important part of their clinical work.

Keywords: institution, girls, behavioral problems, primary caregiver, BASC-2

### Introducción

A lo largo de los años la protección a la infancia ha ido mejorando y aunque falta establecer más legislaciones de protección se han establecido cada vez más políticas públicas que permitan proteger a este sector de la población, quienes históricamente se han encontrado desfavorecidos en su trato, siendo sometidos a dinámicas de maltrato social y familiar, manteniéndose cosificados, sin voz participativa en la sociedad y como objetos de represión (Moretti, M. P., & Torrecilla, N. M., 2019).

Debido a estos sucesos han surgido instituciones que ayudan a una transición de vida que en su mayoría se realiza para asegurar mejores condiciones de vida en el aspecto emocional, social y/o económico de los niños y quienes junto con la escuela ayudan al soporte emocional de seguridad (Mota & Matos, 2015); proporcionándoles un lugar de residencia y convivencia que cumpla con el cometido de una adecuada satisfacción de las necesidades de protección, educación y desarrollo, incluyendo las actuaciones terapéuticas y rehabilitadoras que sean necesarias (Rodríguez et al., 2021).

Las instituciones proporcionan elementos físicos para satisfacer aquellas necesidades básicas como la alimentación, higiene y seguridad física, sin embargo se han encontrado problemáticas en el desarrollo de los infantes tales como déficit atencional, retraso en desarrollo lingüístico, retrasos madurativos en el crecimiento, apego predominantemente inseguro y desorganizado así como desadaptación y bajo éxito escolar (Moretti, M. P., & Torrecilla, N. M., 2019).

A pesar de la importancia que estas instituciones tienen para el acogimiento y atención a los menores, los infantes que llegan perciben su ingreso como un evento indeseable causando una sensación de pérdida que condiciona el desarrollo emocional e inseguridades en la relación entre los cuidadores primarios de la institución (Mota & Matos, 2015).

Los infantes y adolescentes que se encuentran en instituciones, al igual que otros que conviven con sus familias, presentan en ocasiones conductas más o menos conflictivas, sin que por ello, se considere la existencia de trastorno alguno. El problema surge cuando esta situación de conflicto pasa a convertirse en crónica, rebasando entonces la capacidad de adaptación del sistema familiar o del institucional (March, 2007).

Bajo este contexto las instituciones deben atender los problemas conductuales que surgen de la convivencia diaria entre los infantes en resguardo como entre el personal de la institución encargado de su cuidado, tratando de solventar los conflictos de dicha convivencia, el objetivo de este trabajo por lo tanto fue evaluar la conducta de las niñas con las que se trabaja durante una práctica académica de la licenciatura en Psicología de la Universidad Iberoamericana y que están en una institución de resguardo infantil identificando la conducta de las niñas desde su propia perspectiva y desde la perspectiva del cuidador institucional principal.

### Métodología

El trabajo se llevó a cabo con 12 niñas de entre 8 a 10 años de edad residentes de la Fundación “Ayuda y Solidaridad”, institución de asistencia privada que brinda casa-hogar y atención digna e integral a niñas y jóvenes en situación de abandono de cuidados de los 4 a 23 años.

Los alumnos de la Práctica de Desarrollo Infantil de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Iberoamericana acudieron a esta institución una vez por semana, ésta es la primera práctica que se imparte en la carrera durante el 1er semestre de la licenciatura y su objetivo es demostrar las competencias básicas de observación (verbal y no verbal) y su descripción, así como utilizar el conocimiento teórico para el diseño de actividades y la evaluación de la población con la que se trabaja en la práctica académica.

Durante el semestre se llevan a cabo actividades para estimular las habilidades de las niñas de la institución en las áreas cognitiva, lenguaje (receptivo y expresivo) y motricidad (fina y gruesa), además de estrategias para establecer límites disciplinarios durante el trabajo de práctica y actividades de reforzamiento de adquisición de lecto-escritura (niñas preescolares) y escritura, lectura y matemáticas (niña escolares). Con la utilización de materiales como libros, hojas con actividades, materiales de ensamble, colores, masa de modelado, tijeras, juegos de mesa de acuerdo a la edad de las niñas y materiales lúdicos en general.

### Material

Para este trabajo se aplicó a cada una de las niñas la Escala de comportamiento Behavior Assessment System for Children en su segunda versión (BASC-2) en su versión en español (Reynolds & Kamphaus, 2004). Las niñas contestaron la versión de auto-reporte y la persona que hace la labor de su cuidador principal dentro de la institución contestó el reporte parental. Es un cuestionario tipo Likert que se responde como nunca, a veces, frecuentemente y casi siempre y el tiempo aproximado de aplicación es de 20-30 minutos en promedio. Se califica como 0,1,2,3 y el puntaje crudo se pasa a puntaje T de acuerdo a las tablas por edad, con una media de 50 y desviación estándar 10.

El cuestionario parental evalúa las conductas de las niñas de acuerdo a problemas externalizantes (hiperactividad, agresión, problemas de conducta), problemas internalizantes (ansiedad, depresión, somatización), problemas escolares (problemas de atención, problemas de aprendizaje), síntomas conductuales (conductas atípicas, retraimiento) y habilidades de adaptación

(adaptabilidad, habilidades sociales, liderazgo, habilidades de estudio, comunicación funcional). El auto-reporte evalúa las conductas de la niña de acuerdo a problemas escolares (actitud a la escuela, actitud al maestro), trastornos internalizantes (conducta atípica, locus de control, estrés social, ansiedad, depresión, sentimientos de inadecuación), inatención/hiperactividad (problema atencionales, hiperactividad), síntomas emocionales (relaciones interpersonales) y ajuste personal (relación con los padres, autoestima, autosuficiencia).

### Procedimiento

Antes de iniciar la práctica en el semestre, la institución asigna a las niñas con las que los alumnos trabajarán durante la realización de su práctica, la elección se basa en aspectos que quieren que se trabajen con ellas en forma individual ya sean aspectos académicos, motores, cognitivos, lenguaje, emocionales o conductuales que el mismo personal de pedagogía y psicología de la institución percibe que son los que la niña necesita en ese momento y que para la institución es una ayuda extra que se trabaje en forma individual para mejorar su desarrollo y bienestar.

Las niñas asignadas se reportaron como niñas con problemas de conducta, por personal de la institución, por lo que fueron asignadas al trabajo de prácticas, antes de iniciar la intervención con las niñas se les realizó la evaluación para identificar las áreas más problemáticas y trabajar con ellas en intervención durante el semestre. Para este trabajo sólo se presenta los resultados de dicha evaluación.

La auto-evaluación fue aplicada por el alumno, donde el (ella), leían cada una de las afirmaciones y le presentaban las posibles respuestas a la niña para que ella eligiera la que más la describiera, a pesar de ser una prueba de auto-aplicación, fue necesario leérselas por el bajo nivel de lectura que tenían las niñas. El reporte parental se le dio a la persona de la institución encargada como cuidador principal de la niña y se le pidió que respondiera a cada pregunta como mejor describía a la niña.

En todo momento la aplicación de ambos cuestionarios fue supervisado por la profesora/supervisora responsable de la práctica.

### Análisis de datos

Una vez que se calificaron los cuestionarios y se obtuvo el puntaje T para cada una de las áreas, tanto del auto-reporte como del reporte parental se identificaron las áreas más altas (una desviación estándar por arriba) que sugieren problemas de conductas bajo la perspectiva de la niña y bajo la perspectiva del personal que es el cuidador principal, y se obtuvo el porcentaje de cada una de las áreas que tiene cada escala para identificar cuáles eran las que tanto las niñas como el personal consideraban más representativas de su conducta, adicionalmente se realizó una comparación entre las áreas comunes para ambos cuestionarios para identificar la diferencia entre los puntajes obtenidos con el auto-reporte y el reporte parental.

## Resultados

Después de calificar cada cuestionario aplicado a las niñas y al personal se obtuvo el porcentaje de niñas que presentaban problemas de conducta en cada una de las áreas.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el personal encuestado de la institución percibe que el principal problema de las niñas son los comportamientos agresivos, siendo el 72.7 % de las niñas quienes lo presentan, seguidos de conductas de depresión y somatización con 63.6% e hiperactividad con el 54.5% de las niñas; el resto de las áreas estaban presentes en menos del 50% de las niñas (Tabla 1).

Tabla 1 Porcentaje de problemas conductuales de acuerdo al cuestionario del personal de la institución en la prueba BASC-2

	%
Agresión	72.7
Depresión	63.6
Somatización	63.6
Hiperactividad	54.5
Ansiedad	45.4
Conductas atípicas	45.4
Problemas de conducta	36.3
Comunicación funcional	36.3
Problema aprendizaje	27.2
Retraimiento	27.2
Problema de atención	18.1
Adaptabilidad	18.1
Habilidades sociales	18.1
Habilidades estudio	18.1
Liderazgo	9.0

Por su parte de acuerdo al autoreporte las niñas afirman que su principal problema es mantener los niveles de atención necesaria, con 52.9% de las niñas quienes lo perciben así, seguido de conducta atípica, hiperactividad y autoestima con el 35.2% de las niñas; el resto de las áreas estaban presentes en menos del 30% de las niñas (tabla2).

Tabla 2 Porcentaje de problemas conductuales de acuerdo al cuestionario de auto-reporte en la prueba BASC-2

	%
Problemas atencionales	52.9
Conducta atípica	35.2
Hiperactividad	35.2
Autoestima	35.2

Locus de control	29.4
Ansiedad	29.4
Sentimiento inadecuación	29.4
Autosuficiencia	29.4
Actitud a la escuela	23.5
Depresión	23.5
Relaciones interpersonales	23.5
Relación con los padres	23.5
Actitud al maestro	17.6
Estrés social	17.6

Algunas de las áreas a evaluar están presentes en ambas versiones de la prueba, tanto para el auto-reporte como el cuestionario para el cuidador principal al hacer una comparación de ambos cuestionarios en éstas áreas se encontró que para el personal de la institución el principal problema conductual de las niñas encontrado en el 63.6 % de ellas es la depresión, seguida de hiperactividad encontrado en un 54.5 % de ellas; mientras que para las niñas su principal problema son los problemas atencionales con un 52.9%, el resto de las áreas estaban presentes en menos del 50 % de las niñas, es importante mencionar que el personal de la institución considera que el principal problema conductual que presentan las niñas es la depresión, presente en el 63.6% de ellas mientras que las niñas lo consideran su menor problema presente en el 23.5% de ellas y por otro lado el problema de conducta relativo a la atención es el principal problema para las niñas identificado en el 52.9% de ellas, pero es el menor de los problemas detectado por el personal de la institución quienes lo consideran presente en el 18.1% de ellas.

Tabla 3 Comparación del porcentaje de problemas conductuales entre el auto-reporte y el cuestionario del personal de la institución en la prueba BASC-2

	AUTOREPORTE %	PERSONAL INSTITUCIÓN%
Problemas atencionales	52.9	18.1
Conducta atípica	35.2	45.4
Hiperactividad	35.2	54.5
Ansiedad	29.4	45.4
Depresión	23.5	63.6

## Discusión

El objetivo de este trabajo fue evaluar la conducta de las niñas con las que se trabaja durante una práctica académica de la licenciatura en Psicología en la Universidad Iberoamericana y que están en una institución de resguardo infantil identificando la conducta de las niñas desde su propia perspectiva y desde la perspectiva del cuidador institucional principal.

De acuerdo a los resultados el personal encuestado de la institución, percibe que el principal problema de las niñas son los comportamientos agresivos que pueden ser reportados como argumentativos, desafiantes y / o amenazante para otros; seguidos de conductas de retraimiento, pesimismo y/o tristeza que incluyen preocupaciones relacionadas con su salud, adicionalmente perciben que el comportamiento de las niñas es de inquietud e impulsividad, y que tienen dificultades para mantener su autocontrol, en concordancia, un estudio realizado con personal de una institución también los describe como infantes que presentan bajo nivel de auto-regulación, particularmente en regulación emocional (Hrbackova & Vavrova, 2015) y otro estudio afirma también que los resultados en la institución revelaron que las niñas y adolescentes presentan un amplio rango de dificultades; destacando los problemas conductuales, caracterizados por la presencia de conductas agresivas (Rodríguez et al., 2021).

Por otro lado, se encontró que de acuerdo al auto-reporte las niñas afirman que su principal problema es mantener los niveles de atención necesaria, seguido de hiperactividad que involucra inquietud, acompañados de pensamientos y percepciones inusuales así como problemas de auto-estima, en concordancia, un estudio reportó también que las niñas en una institución de resguardo se describían con problemas de auto-regulación, atención y control inhibitorio (Rodríguez et al., 2021), además de evaluar su grado de autoestima como promedio, afirmando poder regular su propia conducta (Hrbackova & Vavrova, 2015).

Los resultados también muestran una discrepancia entre la perspectiva de las niñas y del personal de la institución quienes son los cuidadores principales; es importante resaltar que para el personal de la institución más de la mitad de las niñas evaluadas presentaban conducta depresiva, sin embargo muy pocas niñas consideran presentar esta conducta, y en contraposición, si consideran tener en su mayoría problemas atencionales, siendo esta la conducta menos identificada por el personal de la institución, en concordancia, un estudio previo encontró también esta discrepancia, mientras que las niñas de la institución afirmaban tener una buena autoestima, un mejor afrontamiento de las dificultades de su entorno y estar dispuestas a la intervención, los educadores indicaron que las niñas se mostraban solitarias y aisladas con altos niveles de depresión y dificultad para controlar sus emociones (Rodríguez et al., 2021).

Un estudio previo encontró que los niños en cuidados alternativos institucionales presentan mayor dificultad en la capacidad del reconocimiento, sobre todo en las emociones de felicidad, tristeza, miedo y enojo. A su vez, se observan ciertas fallas en la capacidad de responder de manera acertada a esas expresiones (Moretti, M. P., & Torrecilla, N. M., 2019), de ahí tal vez la discrepancia encontrada en este estudio.

La importancia de realizar este tipo de investigaciones con las poblaciones con las que trabajan los alumnos de prácticas académicas es por la relevancia que tienen para generar el encuadre de intervención. Los profesores/supervisores preparan a los estudiantes con el conocimiento, los valores y las habilidades para garantizar que puedan ejercer la profesión en la que se están especializando, sin embargo, debido a que los alumnos vienen de diversos ámbitos culturales y

socio-económicos, es inevitable que tengan diferentes visiones, opiniones y creencias de los escenarios donde se realizan las prácticas académicas.

Así, como lo afirma March, 2007 un análisis acerca de los diversos subsistemas que existen en hogares y residencias, así como sus pautas de interacción, puede orientar acerca de que elementos se deben movilizar y sistematizar para poder llevar a cabo una intervención contextualizada (March, 2007).

Con los resultados obtenidos los alumnos de la Práctica de Desarrollo Infantil de la Universidad Iberoamericana pudieron poner en contexto la conducta que presentaban las niñas de la institución para poder elaborar un plan de intervención que se adecuara, no sólo a lo que las niñas pensaban era su principal problema de conducta, sino al trabajo conjunto con la institución y su personal que es el cuidador principal, pues como afirma Mota la calidad de las relaciones con figuras significativas de afecto predice un bienestar positivo en el contexto institucional, la importancia en la calidad de las relaciones con figuras emocionalmente significativas de la institución aumenta el desarrollo de resiliencia en las niñas y jóvenes, fomentando el desarrollo de habilidades de auto-concepto, sentido de vida, autoestima y sentimiento de aprecio a aceptación; contribuyendo al proceso de resiliencia que puede ayudar a su transición (Mota & Matos, 2015).

El trabajo de los alumnos durante la práctica con estos infantes en las instituciones de cuidado están encaminados a brindarles a los infantes, estrategias para usarlas como soporte para regular su conducta y emociones que les permita identificar y ser responsables de las consecuencias de sus acciones y la necesidad de regular su conducta.

Los resultados de la investigación a su vez al compartirse con la institución promueve una regulación interna del personal para su reflexión sobre el importante papel que juega como cuidador principal de las niñas de la institución como lo afirma Handwerk, 2006; el apego al cuidador se ha visto que favorece los infantes como un factor de protección, mostrando mejora en los problemas internalizantes en programas institucionales (Handwerk et al., 2006).

Las niñas de la institución en la que se llevan a cabo las prácticas académicas vienen de hogares disfuncionales por lo que se entiende que ya llegan a la institución con una pobre relación con los padres y la acumulación de eventos estresantes de vida, factores que persisten crónicamente y contribuye a conducta agresivas, antisocial y depresiva en los niños institucionalizados (Handwerk et al., 2006); en el mismo sentido otros factores influyentes en el retrasos o dificultades en el desarrollo son aspectos genéticos, condiciones prenatales (como las exposiciones a factores teratógenos), complicaciones durante el nacimiento y experiencias familiares previas a la institucionalización (vivencias de maltrato infantil), sin embargo, la crianza en la institución contribuye, y en gran medida, a los problemas de conducta encontrados en los infantes, sin dejar de tomar en cuenta también el temperamento y características de personalidad ( Moretti, M. P., & Torrecilla, N. M., 2019).

En conclusión, es probable que la conducta poco atencional de las niñas de la institución sea percibida por el personal como una conducta agresiva al no prestar atención a las órdenes o indicaciones que se les dan, considerándolas como conductas desafiantes sin pensar que por el mismo problema atencional que presentan las niñas estas órdenes no son recibidas ni procesadas para su realización, adicionalmente en el mismo sentido, es probable que el poco interés que muestran las niñas a las indicaciones del personal de la institución son percibidas como conductas depresivas y no como faltas atencionales.

En el trabajo en las instituciones de atención a infantes es importante siempre tomar en cuenta las perspectivas tanto de la visión del infante como del personal que provee el cuidado para hacer una intervención integral; pues al ser una institución de resguardo con el paso del tiempo y por las características que presentan la mayoría de los infantes que ingresan, se generaliza la conducta y se trabaja bajo el mismo protocolo a todos los infantes, perdiendo la individualidad de la persona.

En este trabajo al evaluar desde las dos perspectivas se pueden generar más y mejores estrategias para modificar la forma en que se llama la atención a las niñas para seguir ciertas órdenes o indicaciones y modificar la forma de acercamiento a las niñas por parte del personal de la institución lo que ayudará a la modificación de las conductas que se consideran problemáticas y por ende la mejora en la convivencia diaria con las niñas.

Es importante incluir pequeños trabajos de investigación para fomentar en los alumnos el interés por aumentar el cuerpo de conocimiento en la disciplina y que a la vez lo puedan integrar como una parte importante de su quehacer clínico.

## Referencias

Handwerk, M. L., Clopton, K., Huefner, J. C., Smith, G. L., Hoff, K. E., & Lucas, C. P. (2006). Gender Differences in Adolescents in Residential Treatment [Article]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 312-324. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.312>

Hrbackova, K., & Vavrova, S. (2015). Self-Regulation in Children and Minors in Institutional Care. *International Education Studies*, 8(5), 139-149.

March, R. (2007). Claves para la intervención con menores acogidos en recursos residenciales, que presentan conductas problemáticas [Article]. *Keys for intervention in residential care centers with minors presenting problematic behaviors.*, 16(2), 213-227. <https://doi.org/10.4321/S1132-05592007000200006>

Mota, C., & Matos, P. (2015). Adolescents in Institutional Care: Significant Adults, Resilience and Well-Being [Article]. *Child & Youth Care Forum*, 44(2), 209-224. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9278-6>

Moretti, M. P., & Torrecilla, N. M. (2019). Desarrollo en las infancias institucionalizadas y en familias de acogida temporal: Una revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria*, 36(2), 263-281. <https://doi.org/10.16888/interd.2019.36.2.17>

Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *Behavior Assessment System for Children, Second Edition*. MN:AGS Publishing.

Rodríguez, M. V., Camuñas, N., Mavrou, I., & Miñaca Laprida, M. I. (2021). Problemas Conductuales y Disfunción ejecutiva: Factores de Vulnerabilidad y Protección de Niñas y Adolescentes en Acogimiento Residencial [Article]. *Behavioural Problems and Executive Dysfunction: Vulnerability and Protective Factors Among Girls and Female Adolescents in Residential Care.*, 10(2), 147-175. <https://doi.org/10.17583/generos.2021.6975>

## La resiliencia y los auto's de los estudiantes de licenciatura

Magda Lillalí Rendón García

Docente, UNAM magliren@politicas.unam.mx

Tipo de trabajo

Trabajos de intervención

Modalidad de trabajo

Perspectiva docente

Ponencia oral

### Resumen

El trabajo La resiliencia y los auto's de los estudiantes de licenciatura tiene el objetivo de presentar algunos casos que he trabajado con los estudiantes de licenciatura en torno a las estrategias para ser resilientes y los auto's para su desarrollo académico y personal, es decir, cómo estructurar la autorregulación, la autonomía, la autoevaluación y ello va entrecruzado con la autoestima y las habilidades para gestionar su vida cotidiana.

Además, la sociedad dentro y fuera del mundo virtual requiere competencias que le permitan a sus habitantes integrarse en el escenario a distancia, en línea y presencialmente. Así, los saberes se apropian tanto en el acercamiento a la información, el manejo del conocimiento, la transformación personal y la relación con las otras personas.

Por ello, los auto's y la resiliencia están presentes de forma transversal en la realización de trabajo colaborativo que se realizan a nivel personal, académico y laboral. Y que se entrelazan con el contexto económico, político, social y cultural.

### Palabras clave

Resiliencia, autorregulación, autonomía, autoestima, autogestión, trabajo colaborativo.

### Síntesis curricular

Magda Lillalí Rendón García, UNAM.

Psicóloga, licenciada y maestra en Comunicación por la UNAM. Especialista en Educación a Distancia. Docente por más de 25 años. Capacitadora en instituciones públicas y privadas, así como ponente en temas relacionados a la elaboración de ambientes virtuales, metodologías de enseñanza, TICAAD, uso de las redes sociales, entre otros.

Coautora del libro Tecnologías 2 (2016, editorial Bookmart), Y con la editorial Pearson Tecnologías de la Información y la Comunicación (2019) y Orientación Educativa (2021).

## Referencias

Acha, Juan (2004) *Apreciación artística*, Trillas, México.

7º COLOQUIO INTERUNIVERSITARIO Y 1er CONGRESO INTERNACIONAL DE FORMACIÓN EN LA PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA

4, 5 y 6 de octubre de 2023

Evento en línea

Becoña Iglesias, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista De*

*Psicopatología Y Psicología Clínica*, 11(3), 125–146.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024>

Camino a la resiliencia. En <https://www.apa.org/topics/resilience/camino>

Eisner, Elliot W. (2004) *El arte y la creación de la mente. El papel de las artes visuales en la transformación de la conciencia*. Paidós (EL ARTE Y LA CREACION DE LA MENTE\_LIBRO COMPLETO.pdf)

Eisner, Elliot W. (1972) *Educar la visión artística*. Paidós Educador.

<https://books.google.es/books?id=KZZqbOjWkSsC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Gombrich, Ernest (2007) *La historia del arte*, Phaidon Press.

<https://historiadelarteuacj.files.wordpress.com/2016/08/gombrich-ernst-h-historia-del-arte.pdf>

Rendón García, Magda Lillalí (2022) *Resiliencia en la vida cotidiana. [Infografía] Módulo 3. Acompañamiento psicoemocional. Inclusión educativa de niñas, niños y adolescentes en situación de migración (NNASM)*. En [https://create.piktochart.com/output/59355790resiliencia\\_nnasm\\_magliren](https://create.piktochart.com/output/59355790resiliencia_nnasm_magliren)

Woodford, Susan (2010) Cómo mirar un cuadro, G Gili. <https://docer.com.ar/doc/10s8xe> Videos

Trabajo en equipo con los pingüinos. Video. 0:27 min. En

<https://www.youtube.com/watch?v=mJ52kR6MK8w>

Videos

Chimamanda Adichie El peligro de una sola historia (sub castellano y francés). Video. 18:28 min. En <https://youtu.be/F3cIVHUnbXI>

Explicación de Privilegio en la Educación. Video. 3:48 min. En <https://youtu.be/eEePKgqvXjU>

Película "Angel-A" (escena sobre Autoestima) HD. Video. 5:17 min. En <https://youtu.be/pBDrLCtSR6g>

Rendón García, Magda L.(2022) Actividad Resiliencia. Proyecto de Aplicación Escolar. Inclusión educativa de niñas, niños y adolescentes en situación de migración NNASM, ILCE. 7:47 min. Video. [YouTube] En <https://youtu.be/jRjCA2JTACK>

Una Mujer Frente al Espejo / The Reflection of a Woman - Cortometraje Animado HD. Video. 3:57 min. En <https://youtu.be/lwrNhQVpOCc>

¿Te Atreves a Soñar? Video. 6:58 min. En <https://youtu.be/fu00r3SmbX0>

## **Estrés académico y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios**

### **ACADEMIC STRESS AND COPING STRATEGIES IN COLLEGE STUDENTS**

Adilia Belén Segoviano Herrera y Ana Desireé Castañeda Martínez

Universidad de Guanajuato

Nota del Autor:

Adilia Belén Segoviano Herrera y Ana Desireé Castañeda Martínez

Universidad de Guanajuato - León, Gto.

Este trabajo fue realizado con la asesoría de la Dra. Eva Paola Arenas Loera **ESTRÉS ACADÉMICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

Resumen:

En este estudio participaron 109 estudiantes universitarios de la licenciatura en Psicología de la Universidad de Guanajuato. La distribución fue de 82 mujeres y 27 hombres. El objetivo era determinar la correlación entre estrategias de afrontamiento y nivel de estrés académico de universitarios. Esto se realizó por dos fases, la primera consistió en un pilotaje; la segunda fue la aplicación de las escalas ACEA y SISCO, y su posterior análisis de correlación (Spearman). Los resultados confirmaron la relación entre ambas variables, lo que significa que cuando una aumenta la otra disminuye, y viceversa. Los hallazgos son relevantes porque abren la discusión sobre qué estrategias de afrontamiento son más útiles para los estudiantes en situaciones de estrés académico y dan pauta a la prevención del mismo.

Palabras clave:

Bienestar emocional, educación, adaptación escolar, rendimiento, salud mental.

**ACADEMIC STRESS AND COPING STRATEGIES IN COLLEGE STUDENTS**

Abstract:

This study involved 109 university students of the degree in Psychology from the University of Guanajuato. The distribution was 82 women and 27 men. The objective was to determine the correlation between coping strategies and academic stress level of university students. This was performed in two phases, the first consisted of piloting; the second was the application of the ACEA and SISCO scales, and its subsequent correlation analysis using Spearman. The results confirmed the relationship between the two variables, which means that when one increases the other decreases, and vice versa. The findings are relevant because they open the discussion about which coping strategies are most useful for students in situations of academic stress and give guidance to prevention.

Key words:

Emotional wellbeing, education, school adaptation, performance, mental health.

## INTRODUCCIÓN

En el ámbito académico se ha encontrado que los estudiantes manifiestan sufrir de estrés, este viene desde los grados preescolares hasta la educación universitaria de posgrado (Mendoza y Oyarzo, 2015). Pero se ha comprobado que el estrés aumenta conforme los estudiantes avanzan en sus estudios (Putwain, 2007), y llega a los grados más altos cuando cursan sus estudios universitarios (Dyson y Renk, 2006).

De acuerdo con Berrío y Mazo (2011, p. 65), el estrés académico se define como “una reacción de activación fisiológica, emocional, cognitiva y conductual ante estímulos y eventos académicos”. Esta es una respuesta subjetiva que se presenta ante las demandas del entorno académico (Naranjo, 2009, como se citó en Ramírez, 2018), las cuales son percibidas como estresores (Berrío y Mazo, 2011). Entre los factores estresores se encuentran el tiempo limitado para hacer quehaceres y la sobrecarga de tareas y trabajos, también las evaluaciones que se presentan a lo largo del periodo académico. Todos estos traen consecuencias ya sean personales o a nivel conductual, cognitivo y fisiológico-emocional (Mendoza y Oyarzo,

2015).

Aunque el estrés en un nivel bajo puede llegar a ser un factor positivo porque permite que el estudiante esté alerta a las entregas que debe realizar y las elabore de manera adecuada (Alfonso, Calcines, Monteagudo y Nieves, 2015). Si el nivel de estrés académico es alto, trae la aparición de varios síntomas o complicaciones en los estudiantes; se ha asociado a enfermedades como la depresión, enfermedades infecciosas, o factores de riesgo para la salud como el consumo de alcohol y drogas (Mendoza y Oyarzo, 2015).

Una de las perspectivas para el estudio del estrés es la Teoría Cognoscitiva, desde esta teoría, se percibe al estrés como un fenómeno dinámico y sistémico (Mingote y Perez, 2003, como se citó en Barraza, 2006). A partir de esto surge el modelo sistémico cognoscitivista del estrés académico, propuesto por Barraza (2006) y que toma como base la Teoría General de Sistemas de Colle y el modelo transaccional de Lazarus (Berrío y Mazo, 2011).

Este modelo sistémico cognoscitivista explica que, a lo largo de su proceso educativo, el estudiante afronta ciertas demandas, conocidas como inputs, que van desde las actividades a nivel institucional, como las evaluaciones, prácticas profesionales, adaptarse al horario, etc.; hasta el nivel áulico, como las metodologías que siga el docente, la competitividad con los compañeros, normas de conducta, entre otros (Barraza, 2006).

El estudiante realiza una valoración de dichas demandas y de los medios que le permitirán resolverlas, siendo posibles dos resultados: que el estudiante considere que cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo la actividad solicitada (inputs), lo cual permite un equilibrio sistémico

con su entorno; por otro lado, también podría suceder que el estudiante perciba como inaccesible la resolución de los inputs, debido a que cree que no cuenta con lo necesario para cumplirlos, lo cual produce una valoración del input como una pérdida, amenaza o desafío, o que le generan emociones desagradables, repercutiendo negativamente en dicho equilibrio sistémico (Barraza, 2006).

El estudiante vuelve a realizar una valoración de sus recursos, lo cual lo lleva a elegir una estrategia de afrontamiento, que le permitirá reaccionar de cierta forma ante el input acontecido. Al suceder esto, se genera un output (la forma en la que actúa el individuo), lo que lleva a una nueva valoración de la situación, para determinar si los resultados fueron exitosos o si se necesita algún tipo de ajuste (Barraza, 2006).

Una de las hipótesis que compone este modelo sistémico cognoscitivista es la del afrontamiento como restaurador del equilibrio sistémico, la cual implica que el estudiante, al verse amenazado su equilibrio sistémico, actuará en busca del restablecimiento de dicho equilibrio, para esto utilizará estrategias de afrontamiento (Berrío y Mazo, 2011). Cuando el individuo se siente amenazado por su entorno, realiza una valoración para determinar la forma más adecuada de afrontar la amenaza. Cada estudiante llevará a cabo las estrategias de afrontamiento que domine (Barraza, 2006).

Las estrategias de afrontamiento son aquellas que adopta una persona ante alguna situación estresante a partir de la evaluación cognitiva de la misma: modificar la situación, aceptar, buscar información, demorar la respuesta, etc. (Cabanach, R. et. al 2010).

Las estrategias de afrontamiento hacen relación al “esfuerzo” cognitivo y conductual que realiza un individuo al momento de manejar demandas de su ambiente (externas) y de su estado emocional (internas), estas surgen cuando se presenta una situación que excede los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1984). La importancia de las estrategias de afrontamiento es que son herramientas efectivas que modifican el agente estresor y facilitan el control emocional por medio de la regulación de emociones que provocan las situaciones estresantes. (Meneghel, Martínez, Salanova y De Witte, 2019).

Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, Gruen y DeLongis (1986, citado en Piemontesi y Heredia, 2009) abarcan a la evaluación y el afrontamiento como mediadores en la relación entre el individuo y su ambiente. Esta mediación está conformada por tres procesos: la evaluación primaria, que implica la percepción de la situación como amenaza o beneficio; la evaluación secundaria, en la que se consideran las posibles respuestas ante dicha situación, de acuerdo a los recursos de la persona; y, por último, se encuentra la respuesta específica de afrontamiento, en donde se llevan a cabo las estrategias de afrontamiento de la persona. Esta secuencia se implementa cuando un estudiante se enfrenta a algún estresor académico.

Son diversos los estudios que se han hecho sobre estrés académico y estrategias de afrontamiento en universitarios. Un grupo de autores (González, Souto, González y Franco, 2018) en España realizaron una investigación con 1195 estudiantes universitarios de la Universidad de A Coruña.

Su objetivo era constatar si el afrontamiento activo es el más eficaz en la reducción del estrés académico; para esto utilizaron la Escala de Afrontamiento

(ACEA) del Cuestionario de Estrés Académico y la Escala de Respuesta (RCEA) del

Cuestionario de Estrés Académico. En sus resultados encontraron que el uso de las Estrategias de Afrontamiento Activo (reevaluación positiva y planificación y gestión de recursos) está significativamente asociado con menor vulnerabilidad al estrés.

Otro fue el que realizaron (Macbani, et al, 2018) en un centro de estudios universitarios en Hidalgo con 69 estudiantes. Lo que buscaron fue describir el estrés académico, estresores y afrontamiento en estudiantes de odontología en el Centro

Universitario Metropolitano Hidalgo (CEUMH); para esto utilizaron el cuestionario

“Inventario SISCO”. En los resultados el 93% refirió presentar estrés con una intensidad de 3.5, sobre una escala de 1 a 5; entre los principales estresores se encontró sobrecarga de tareas y trabajos y exámenes. La conclusión fue que el estrés es un factor determinante en las actividades escolares, y que entre las estrategias de afrontamiento se deben implementar sesiones de asesorías y desarrollo de proyectos de investigación.

El estudiante dentro de su proceso educativo siempre va a estar expuesto a demandas del entorno académico, que como se explicaba en el modelo sistémico cognoscitivista, son los inputs. Lo interesante es que los outputs, que se refieren a la manera en cómo reacciona el estudiante ante dichas demandas, varían dependiendo de la valoración cognitiva que le dé cada estudiante. Es ahí cuando entra el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984). Dentro de este modelo se menciona que la evaluación primaria, que es cuando se genera la percepción del estudiante sobre la demanda académica, representa el primer paso para posteriormente utilizar alguna estrategia de afrontamiento.

Ambos modelos plantean que, para que se genere una reacción (estrategia de afrontamiento), el estímulo, que en este caso sería la demanda académica, debe ser percibido como una amenaza o un desafío; es decir el estudiante percibe que no cuenta con las herramientas necesarias para afrontar dichas demandas y entonces surge el estrés académico. El papel que juegan las estrategias de afrontamiento es restablecer el equilibrio y facilitar que la persona enfrente la situación expuesta, en este caso a los inputs. Lo interesante es que no todos los estudiantes van a valorar las mismas situaciones como amenaza, y que en caso de que estas sí se perciban como tal, las estrategias que se utilicen van a ser en relación a las que el estudiante domine.

El objetivo de la investigación es identificar el impacto de las estrategias de afrontamiento sobre niveles de estrés académico en estudiantes de psicología de la Universidad de Guanajuato, definiendo la relación entre ambas variables. Esto con el propósito de identificar si los estudiantes con un mayor uso de estrategias de afrontamiento presentan un menor nivel de estrés académico;

de igual forma, si quienes muestran menor uso de estrategias de afrontamiento tienen un mayor nivel de estrés académico.

## MÉTODO

### Participantes

Se contó con la participación de una muestra no probabilística e intencional de 109 estudiantes universitarios de la licenciatura en Psicología de la Universidad de Guanajuato campus León, de los cuales 82 eran mujeres y 27 hombres. Los participantes fueron de los 8 semestres que conforman la licenciatura; siendo 19 de primero, 14 de segundo, 13 de tercero,

16 de cuarto, 16 de quinto, 7 de sexto, 8 de séptimo y 16 de octavo.

### Consideraciones éticas

Los instrumentos se aplicaron tanto de forma virtual como física, esto porque en un inicio la aplicación había sido únicamente virtual y al ver poca respuesta se recurrió a cuestionarios físicos. Todos los participantes respondieron de forma voluntaria y anónima, y no recibieron ningún tipo de compensación por su participación. A algunos participantes se les hizo llegar un enlace para acceder a los cuestionarios y a otros se les entregaron en físico, en ambos casos se les garantizó la confidencialidad de datos y que las respuestas tenían fines académicos y de investigación. Antes de responder los instrumentos, se les informó sobre el objetivo general y se les dio una carta de consentimiento informado. Toda la participación fue voluntaria.

### Instrumentos

Se aplicaron dos instrumentos, el Inventario de Estrés Académico SISCO y la escala de Escala de Afrontamiento de Estrés Académico (A-CEA).

Para la variable del estrés académico se utilizó el Inventario de Estrés Académico SISCO, este fue creado por el mexicano Arturo Barraza Macías y tiene el propósito de evaluar las reacciones psicológicas y comportamentales relacionadas con el estrés académico (Barraza, 2007). Este instrumento consta de 31 ítems con un sistema de respuesta dicotómica y escala tipo Likert. Se distribuye en cinco partes: determinar si el encuestado es candidato o no a contestar el inventario, identificar nivel de intensidad del estrés académico, frecuencia en que las demandas del entorno son valoradas como estímulos estresores, frecuencia con que se presentan los síntomas o reacciones al estímulo estresor, y frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento (Barraza, 2007). Los análisis psicométricos se realizaron en la población mexicana (Castillo et al., 2020), en donde se encontró una confiabilidad por mitades de 0.83 y una confiabilidad en alfa de Cronbach de 0.90 (Picasso, Lizano y Anduaga, 2016).

La Escala de Afrontamiento de Estrés Académico (A-CEA) del autor Cabanach, se utilizó para la variable estrategias de afrontamiento. Esta escala mide en qué grado el estudiante emplea

determinadas estrategias de afrontamiento tanto cognitivas como conductuales, para dar respuesta al estrés académico (González, Souto, González y Corrás, 2018). Esta incluye 23 ítems con un sistema de respuesta escala tipo Likert. Se divide en 3 factores: afrontamiento mediante el pensamiento positivo AF1, afrontamiento mediante la búsqueda de apoyo social AF2 y afrontamiento mediante la planificación y la gestión de los recursos personales AF3. El instrumento se aplicó a población española (González, Souto, González y Franco, 2018) y se encontró una consistencia interna de Alpha de Cronbach de .893 (López, 2016).

### Procedimiento

Esta investigación se realizó en dos fases.

La primera consistió en un pilotaje de la escala A-CEA, esto debido a que no se encontró validación mexicana. Se aplicó dicho instrumento a una muestra representativa de 25 estudiantes de la licenciatura en Psicología de la Universidad de Guanajuato de los campus de Celaya y León, la escala se aplicó de manera virtual. En el análisis de la confiabilidad se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de .911, esto indica una consistencia interna alta y que la escala es apta para medir las estrategias de afrontamiento del estrés académico.

La segunda fase se enfocó en el levantamiento de datos. Para esta se aplicaron ambos instrumentos a estudiantes de diferentes semestres de la licenciatura en Psicología de la

Universidad de Guanajuato, con el fin de evaluar la relación entre las variables investigadas.

La aplicación se realizó tanto de forma física como virtual, en ambas aplicaciones se les aclaró a los estudiantes que aceptaron participar que la participación era voluntaria y anónima y se les brindó un consentimiento informado. La administración fue individual y auto aplicada.

### Análisis de datos

Con ambas escalas se realizaron análisis de confiabilidad con el Alfa de Cronbach, obteniendo un puntaje de .888 en la escala SISCO y .927 en ACEA, lo cual indica una alta confiabilidad. Para identificar la distribución se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov ya que la muestra fue mayor a 50. Y para el análisis de las relaciones se utilizó la correlación de Spearman, dado que en la prueba de normalidad se encontró una distribución anormal.

## RESULTADOS

En cuanto a la relación entre las variables estrategias de afrontamiento y estrés académico, se comprobó la hipótesis planteada, al obtener una correlación negativa entre ambas escalas de  $-0.375^{**}$ . Esto, de acuerdo con Mondragón (2014), significa que la relación fue negativa media, lo cual indica que existe una correlación entre ambas variables, siendo que cuando una aumenta la otra disminuye, y viceversa. Respecto a las relaciones entre las subescalas de ambas pruebas, se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 1. Correlaciones entre subescalas SISCO y ACEA

Subescala ACEA	Subescala SISCO	Correlación
Afrontamiento mediante pensamiento positivo	el Nivel de estrés académico	-.379**
	Demandas del entorno	-.286**
	Síntomas y Reacciones	-.331**
	Falta de estrategias de afrontamiento	-.429**
Afrontamiento mediante búsqueda de apoyo social	la Falta de estrategias de afrontamiento	-.425**
Afrontamiento mediante la planificación y la gestión de los recursos personales	la Nivel de estrés académico	-.205*
	Síntomas y reacciones	-.217*
	Falta de estrategias de afrontamiento	-.490**

Las correlaciones que no se muestran en la tabla corresponden a resultados no significativos, lo cual indica que no existe una relación entre las subescalas; se puede observar en la Tabla 1 cómo la subescala Afrontamiento mediante Búsqueda de Apoyo Social es la que muestra menor relación con las subescalas del SISCO.

En la misma tabla se puede observar que las demás correlaciones, la subescala Afrontamiento mediante Pensamiento Positivo presenta una correlación negativa media y significativa entre todas las subescalas del SISCO; siendo la más alta la correlación con la falta de estrategias de afrontamiento. En cuanto a la correlación entre Afrontamiento mediante la Búsqueda de Apoyo Social, se observa únicamente una correlación significativa, con la ausencia de estrategias de afrontamiento, obteniendo un grado de relación negativa media. Por último, la correlación entre Afrontamiento mediante la Planificación y Gestión de recursos personales y las subescalas del SISCO fueron todas negativas medias y la única que se descartó por no ser significativa fue con Demandas del entorno.

## DISCUSIÓN

Mediante los resultados obtenidos, se prueba el cumplimiento de la hipótesis planteada, ya que se encontró una correlación negativa y significativa entre la media total de las escalas SISCO y ACEA, lo cual indica que, a mayor nivel de estrés académico, menor presencia de estrategias de afrontamiento, y viceversa. En cuanto a las correlaciones de las subescalas, se observa cómo la que

obtuvo más correlaciones significativas y negativas fue Afrontamiento mediante el Pensamiento Positivo, lo que significa que reevaluar la situación estresante, cambiando su significado, destacando lo positivo y planteando expectativas positivas, se relaciona con un menor nivel de estrés académico.

Por otro lado, la utilización de estrategias de afrontamiento mediante la búsqueda de apoyo social no se relaciona con las subescalas relacionadas con el nivel de estrés académico, a excepción de la falta de estrategias de afrontamiento, lo cual indica que los estudiantes que se respaldan mediante la búsqueda de consejos, apoyo y comprensión externa, tienden a presentar más estrategias de afrontamiento como las presentes en el SISCO (habilidad asertiva, elaboración de un plan, elogios a sí mismo, religiosidad, etc.).

Por último, se identificó una relación negativa y significativa entre las estrategias de afrontamiento de planificación y la gestión de los recursos personales, con el nivel de estrés académico, los síntomas y reacciones, y la falta de estrategias de afrontamiento; lo cual indica que este tipo de estrategia de afrontamiento resulta útil para presentar menor nivel de estrés académico, tener una menor percepción de las demandas del entorno como estresores, y tener una mayor presencia de estrategias de afrontamiento en general; sin embargo, no resulta ser tan útil como el afrontamiento mediante el pensamiento positivo.

Mediante estos resultados, es posible concluir que la estrategia mayormente beneficiosa para que los estudiantes universitarios presenten un menor nivel de estrés académico es el pensamiento positivo; mientras que, aquellos que se inclinan mayormente al afrontamiento mediante la búsqueda de apoyo social muestran una mayor presencia de estrategias de afrontamiento, por lo que se podría decir que los estudiantes que buscan ayuda externa tienen una gama más amplia de estrategias para implementar ante las situaciones académicas estresantes. Asimismo, se reconoce también la utilidad del afrontamiento mediante la planificación y la gestión de los recursos personales para reducir el nivel de estrés académico en los estudiantes universitarios, sobre todo para aumentar la presencia de estrategias de afrontamiento en general, lo cual permitirá que el estudiante tenga más recursos para actuar ante estas situaciones estresantes.

Los resultados indican cómo las personas con un afrontamiento mediante el pensamiento positivo presentan relación negativa con todas las subescalas del estrés académico, lo cual significa que, en esta población analizada, la evaluación cognitiva del evento es importante para que se lleve a cabo una estrategia de afrontamiento que permita la disminución del nivel de estrés. Esto se relaciona con el modelo transaccional y sistémico cognoscitivista, al tener relevancia la valoración cognitiva que realice el individuo de las demandas académicas estresantes. Entonces, reevaluar la situación estresante, cambiando su significado, destacando lo positivo y planteando expectativas positivas, se relaciona con un menor nivel de estrés académico. Se podría decir que los inputs están siendo reevaluados por el individuo, generando un output que permite la adaptación, en lugar de la desorganización.

Asimismo, cabe destacar la importancia de generar nuevos modelos teóricos o actualizar los ya existentes, como el transaccional y el sistémico cognoscitivista, de modo que no se limiten únicamente a estudiar la valoración cognitiva de la situación estresante como estrategia de afrontamiento, sino que amplíen su alcance para abarcar de igual forma las estrategias enfocadas en la búsqueda de apoyo social y la planificación y gestión de recursos personales. En la presente investigación se plantea la utilidad de estas dos últimas estrategias de afrontamiento, sin embargo, no se encontró relación con los modelos teóricos utilizados, por lo que se expone esta necesidad, para la comunidad científica, de ampliar dicho alcance sobre el tema.

La diferencia con otros estudios fueron los instrumentos que se utilizaron, ya que, aunque ambas escalas, tanto SISCO como ACEA, han sido implementados en investigaciones anteriores, esto ha sido mayormente por separado.

La relevancia de los resultados radica en que esta información puede ser implementada por tutores, docentes y hasta por los mismos estudiantes universitarios, quienes podrían implementar talleres en donde, después de identificar, proporcionen información sobre las estrategias de afrontamiento y cómo pueden utilizarse para responder ante situaciones académicas estresantes que influyen significativamente en el nivel de estrés académico. En su investigación (Macbani, et. al., 2018) ya plantean la posibilidad de generar sesiones o talleres para prevenir el estrés por medio de las estrategias de afrontamiento; sin embargo, es necesaria más investigación ya que tanto esa, como la presente, se concentran en población de una misma universidad y del área de la salud. Más investigación a una población probabilística ayudaría a generar un modelo más general; esta es información que podría contribuir significativamente al bienestar de los estudiantes universitarios, ya que, proporcionando la estrategia de afrontamiento adecuada, se podría reducir el nivel de estrés académico y, por lo tanto, su impacto negativo.

Cabe resaltar que el trabajo tiene que ir más allá, ya que el estrés académico no va a desaparecer con únicamente identificar y trabajar las estrategias de afrontamiento. Como se mencionaba, cada estudiante tiene diferentes maneras de valorar y responder a las situaciones de estrés. Por lo que también es necesario concientizar, prevenir e intervenir desde otros aspectos como la carga escolar, las formas de calificar, los horarios, etc; ya que esto también repercute en el nivel de estrés y, si no se interviene de igual forma en estos aspectos, las estrategias de afrontamiento no van a hacer todo el trabajo.

#### Referencias

Alfonso, B., Calcines, M., Monteagudo, R. y Nieves, Z. (2015). Estrés académico.

Edumecentro, 7(2), 163-178.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s2077-28742015000200013&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s2077-28742015000200013&script=sci_arttext&tlng=en)

Barraza, A. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico.



Macbani, P., et al. (2018). Estrés académico, estresores y afrontamiento en estudiantes de Odontología en el Centro de Estudios Universitarios Metropolitanos Hidalgo. *Journal of Negative and no positive results*, 3 (7), 522-530. DOI: 10.19230/jonnpr.2512

Meneghel, I., Martínez, I., Salanova, M., y De Witte, H. (2019). Promoting academic satisfaction and performance: building academic resilience through coping strategies.

*Psychology in the Schools*, 56(6), 16.

<https://publications.coventry.ac.uk/index.php/pblh/article/view/508>

Mendoza, M. y Oyarzo, C. (2015). Estrés académico en estudiantes del Departamento de Salud de la Universidad de Los Lagos Osorno. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2015; 53 (3):

149-157. [331542277002.pdf](https://doi.org/10.33154/2277002)

Mondragón, M (2014). Uso de la correlación de Spearman en un estudio de intervención en fisioterapia. *Movimiento científico*, 8(1), 98-104.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5156978>

Picasso, M., Lizano, C. y Anduaga, S. (2016). Estrés académico e Inteligencia emocional en estudiantes de odontología de una universidad peruana. *KIRU*, 13 (2), 155-164.

<https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/1020/818>

Piemontesi, S. y Heredia, D. (2009). Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición. *Anales de Psicología*, 25

(1), 102-111. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16711594012.pdf>

Piergiorganni, L. y Domingo, P. (2018). Estudio descriptivo de la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios argentinos. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 23(77), 413-432.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v23n77/1405-6666-rmie-23-77-413.pdf>

Putwain, D. (2007). Researching academic stress and anxiety in students: Some methodological considerations. *British Educational Research Journal*, 33, 207-219.

Ramírez, J. (2019). Estrés académico y sus consecuencias corpóreas y emocionales en estudiantes de contexto universitario. *Rastros Rostros* 21.37 (2018): 1-11. Digital. doi:

<https://doi.org/10.16925/2382-4921.2018.01.03>

## El vínculo detrás del proceso de psicoevaluación y la importancia del psicodiagnóstico

Karla Guadalupe Aguilar Hernández

Natalia Figueroa Valdés

Dra. Isadora Martinez Rodarte

México, Ciudad de México

28 de julio de 2023

### RESUMEN

El presente estudio de caso describe la situación de una niña mexicana de 5 años de edad (E) quien presenta retraso en el desarrollo; principalmente en las áreas de comunicación y lenguaje. También, presenta paruresis y parcopresis, fobia para orinar y defecar respectivamente. Se realizó una evaluación neuropsicológica con el objetivo de identificar el grado de retraso y las implicaciones emocionales. Se llevaron a cabo 10 sesiones en las cuales se trabajó con "E" y sus cuidadores primarios utilizando los siguientes recursos, instrumentos y pruebas estandarizadas: Entrevista inicial; Hora de Juego Diagnóstica; Test Gestáltico Visomotor (BENDER); Escala Wechsler de Inteligencia para los niveles preescolar y primario-III (WPPSI-III); ASQ 3: Cuestionario de Edades y Etapas 3 – Cuestionario de los 48 meses; y la sección de Signos Neurológicos Blandos del ENI 2. Conforme a los resultados obtenidos, se concluyó que "E" presenta deficiencias significativas en las áreas de lenguaje y comunicación; al igual que en los dominios de cognición y resolución de problemas, así como en el área socio-individual; teniendo un CIT de 77, un desempeño correspondiente al de una niña de 2 años 7 meses. Diagnóstico: Retraso global del neurodesarrollo a descartar con una evaluación diagnóstica. Intervención: Psicoeducación a padres. Resultados: Con el uso de un formato de Aproximaciones Sucesivas y la formación de un vínculo adecuado con las evaluadoras, la paciente logró avances en términos de la parcopresis y paruresis. Se sugirió dar seguimiento en el área de Neurología de la clínica tras los resultados obtenidos.

Palabras clave: Paruresis, Parcopresis, Aproximaciones Sucesivas, Vínculo terapéutico

### ABSTRACT

The present case study describes the situation of a 5-year-old Mexican girl (E) who presents a developmental set back, mainly in the areas of communication and language. Also, she presents paruresis and parcopresis, phobia to urinate and defecate respectively. A neuropsychological evaluation was performed in order to identify the degree of delay and the emotional implications. Ten sessions were carried out with "E" and her primary caregivers using the following resources, instruments and standardized tests: Initial interview; Diagnostic Time Play; Visomotor Gestalt Test (BENDER); Wechsler Scale of Intelligence for Preschool and Primary Levels-III (WPPSI-III); ASQ 3: Ages and Stages Questionnaire 3 - 48 Months Questionnaire; and the Soft Neurological

Signs section of the ENI 2. According to the results obtained, it was concluded that "E" presents significant deficiencies in the areas of language and communication; as well as in the domains of cognition and problem solving, as well as in the socio-individual area; having an IQ of 77, a performance corresponding to a child of 2 years 7 months. Diagnosis: Global neurodevelopmental delay to be ruled out with a diagnostic evaluation. Intervention: Psychoeducation to parents. Results: With the use of a Successive Approaches model and the establishment of an adequate bond with the examiners, the patient progressed in terms of the parcopresis and paruresis. It was suggested that the patient be followed up in the Neurology area of the clinic based on the results obtained.

Key words: Paruresis, Parcopresis, Successive Approaches, Therapeutic relationship

### INTRODUCCIÓN: "CASO E"

En una clínica de la Ciudad de México, una niña de 5 años de edad a la que nos referiremos como "E", es enviada al área de Psicología para que se le realice una evaluación neuropsicológica, pues desde temprana edad, su familia detectó ciertas problemáticas y dificultades en su desarrollo; principalmente en las áreas de lenguaje y comunicación. El entorno familiar en el que "E" se encontraba inmersa se veía limitado en diversos aspectos; tanto por la situación socioeconómica, como el nivel de formación y educación con el que contaban sus padres, la situación de vivienda en hacinamiento con su familia, la falta de límites claros dentro del sistema familiar, entre otras cuestiones más; factores que influyeron significativamente en su desarrollo. De igual manera, se debe resaltar y tomar en cuenta el factor de la pandemia por COVID-19 y el afrontamiento de ello en múltiples áreas de su vida, comprometiendo la estimulación temprana de su desarrollo. Esto quedó en evidencia cuando "E" ingresó a la escuela, pues al compararla con el desarrollo que tenían el resto de sus compañeros, ella presenta dificultades a nivel cognitivo, adaptativo y emocional.

### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El motivo inicial por el cual "E" es remitida a un proceso psicodiagnóstico de evaluación psicológica se debe a las dificultades y fallas que ha llegado a presentar a lo largo de su desempeño preescolar; dado en que la forma en la que habla, escribe y se comunica no corresponde a la etapa de desarrollo en la que se encuentra. Así mismo, los padres mencionaron estar preocupados por ciertas problemáticas conductuales que presentaba su hija; siendo la principal su incapacidad para siquiera entrar y hacer uso de baños públicos. Representando una problemática para ella y las personas de su alrededor, debido a que optaba por retener sus esfínteres llevando a privarse de satisfacer esta necesidad, antes que utilizar cualquier baño que no fuese específicamente el de su casa y exclusivamente el que se encontraba a lado de la habitación en la que dormían tanto sus padres como el hermano mayor. Ésto la ha llevado a tener repercusiones tanto en su estado de salud físico, como emocional, así como en su capacidad para poder salir de casa durante largos periodos de tiempo; a la vez que ha generado tensión en la dinámica familiar y de pareja.

Al investigar acerca de la situación particular que presentaba el “E”, se propuso el siguiente sustento teórico. Se denomina como paruresis y parcopresis a las afecciones que se caracterizan por la incapacidad de miccionar o defecar, respectivamente, en baños públicos (Murillo y Rodríguez, 2016). En estos casos, la persona siente un miedo abrumador a que cuando otras personas estén presentes o entren, se le examine o juzgue (Kuoch, 2021). Se ha visto que este tipo de afecciones están relacionadas con el trastorno de ansiedad social, manifestándose en el 3% de las personas que presentan algún trastorno de ansiedad (Murillo y Rodríguez, 2016). De igual manera, se ha reportado que ambas condiciones dan lugar a una considerable angustia psicológica, deterioro interpersonal y social, al igual que una reducción en la calidad de vida de la persona que lo padece (Boschen, 2008; Vythilingum et al., 2002 como se citó en Kuoch et al., 2021), situaciones que se ven reflejadas en el caso de “E”.

Por otro lado, las dificultades para comunicarse que presentaba “E”, podían ser explicadas por una condición denominada como Disfasia Global del Lenguaje. La disfasia es un trastorno específico en la adquisición del lenguaje (TEL) que se expresa mediante la alteración en la comprensión y expresión del lenguaje (Aparicio, s.f.). De acuerdo con Jairo (s.f.) existen 3 tipos de disfasia: la disfasia expresiva, que se refiere a la dificultad para producir un mensaje; es decir, problemas en la producción fonológica de las palabras y oraciones. La disfasia receptiva la cual es una dificultad para comprender un mensaje; y la disfasia mixta, que hace referencia a la dificultad para producir y comprender un mensaje. En este último tipo de disfasia, se da un déficit sintáctico fonológico en el que la persona no es capaz de analizar frases largas o conceptos abstractos, de manera que los discursos están formados por oraciones simples. En el caso de “E”, debido a las problemáticas descritas por la familia y maestros, así como lo observado por las evaluadoras, se formuló la hipótesis de que la disfasia sería un posible diagnóstico.

## EVALUACIÓN

Por lo mencionado anteriormente, la evaluación de E tuvo inicio el 22 de septiembre del 2022 y terminó el 01 de diciembre del mismo año; en total fueron 10 sesiones, teniendo una sesión a la semana de duración de 60 minutos cada una. Utilizando los siguientes métodos, instrumentos y técnicas de evaluación con el objetivo de dar un soporte pertinente a la hipótesis diagnóstica.

Se tomó como base teórica el Proceso Psicodiagnóstico que describe García Arzeno (2007) para formular la primera entrevista, de tal manera que se logre reunir la información necesaria para iniciar con el proceso de evaluación. En un inicio, aunque se debe conocer a fondo la historia clínica del paciente, la entrevista debe ser no dirigida y libre, de tal manera que sea posible comprender suficiente sobre los diferentes sistemas que influyen en el niño y viceversa; el rol que cada uno de los padres percibe desempeñar, entre ellos y cada uno con su hijo. Es importante poder conocer las expectativas que cada uno ha colocado sobre el niño y sus fantasías con respecto a él; principalmente la fantasía de enfermedad y curación que cada uno tiene. De igual manera, se indaga la distancia entre el motivo manifiesto y latente de la consulta, el grado de colaboración o de

resistencia con el profesional, entre otros aspectos más (García-Arzeno, 2007). Al analizar contratransferencialmente la versión de lo que sucede, se logra obtener una imagen acerca de ese hijo, la imagen que cada uno de ellos ha transmitido y la que se queda en el psicólogo; a la vez de detectar desde ese primer momento, el nivel de angustia y de preocupación que les provoca la situación que están afrontando (García-Arzeno, 2007).

Posteriormente, la Hora de Juego Diagnóstica de Arminda Aberastury (1965) es empleada como un instrumento con el objetivo de conocer y comprender al niño/a que se trae a consulta; siendo un medio por el cual el niño/a puede elaborar situaciones de la vida cotidiana, así como situaciones de angustia y cómo éstas son percibidas por él/ella. Más adelante, se aplicó el Test Gestáltico Visomotor para Niños de Elizabeth Koppitz (1980), con el objetivo de evaluar la función gestáltica visomotora. Mediante éste se puede detectar retraso en la madurez para el aprendizaje, diagnosticar lesión cerebral y retraso mental; así como evaluar algunos aspectos emocionales. Sin embargo, dicho test fue descontinuado y no fue interpretado como instrumento de evaluación debido a las limitaciones presentadas por el “E”. La Escala Wechsler de Inteligencia para los niveles preescolar y primario-III (WPPSI-III) de David Wechsler et al. (2009) estandarizado a población mexicana, fue el segundo instrumento de evaluación psicométrica empleado para el “Caso E”. La prueba proporciona información sobre el funcionamiento cognitivo de los niños en edades tempranas por medio de puntuaciones de subpruebas y compuestos que representan el funcionamiento intelectual en los dominios cognitivos verbales y de ejecución; además de brindar una puntuación compuesta que representa la habilidad intelectual general de los niños –Coeficiente Intelectual total o CIT–.

Por su parte, el ASQ 3: Cuestionario de Edades y Etapas 3 – Cuestionario de los 48 meses de Jane Squires y Diane Bricker (2009) evalúa el desarrollo infantil por medio de un conjunto de preguntas y actividades que consisten en observar y verificar el desarrollo del niño, identificando retrasos en el desarrollo infantil a una edad temprana. Las cinco áreas que evalúa el cuestionario son: Comunicación (habilidades lingüísticas del niño tanto expresivas como receptivas); Motor gruesa (la manera en que el niño usa brazos, piernas y otros músculos mayores para sentarse, caminar, correr y hacer otras actividades); Motor fina (el movimiento y coordinación en manos y dedos); Resolución de problemas (la manera en que el niño juega y resuelve problemas); y por último, el área Socio-individual (aquellas habilidades que tiene el niño para ayudarse a sí mismo y la interacción con los demás).

Finalmente, el examen neurológico clínico de los Signos Neurológicos Blandos del ENI 2 de Esmeralda Matute et al. (2007) permite detectar algún déficit no localizable en algún área del sistema nervioso central, el cual se puede identificar mediante alteraciones en las funciones motoras, sensitivas y de integración. Estas últimas se evalúan por medio de distintas áreas tales como: la marcha, el agarre del lápiz, la articulación de palabras (fonemas), agudeza visual y auditiva, discriminación derecha-izquierda, seguimiento visual, extinción táctil, auditiva y visual, disdiadococinesis (la capacidad para realizar movimientos alternantes), movimiento de oposición digital (oposición del pulgar con cada uno de los dedos de la mano) y la lateralidad manual.

## DIAGNÓSTICO

Conforme a los resultados obtenidos en las pruebas, se logró observar que “E” presenta deficiencias importantes en las áreas de lenguaje y comunicación; así como en los dominios de cognición, resolución de problemas y el área socio-individual; teniendo así un desempeño correspondiente a una niña de 2 años 7 meses. Optando por un Diagnóstico de Retraso global del Neurodesarrollo a descartar con una evaluación diagnóstica. Con un posible Diagnóstico diferencial de Disfasia Global/Disfasia de Desarrollo; cuando existen dos o más dominios por debajo de la segunda desviación estándar o específica de comunicación, cognición; viéndose comprometido el dominio lo socioemocional.

## RECURSOS EMPLEADOS EN LA SOLUCIÓN ALCANZADA

Aspecto Cuantitativo (Datos estandarizados recopilados en las pruebas)

La prueba WPPSI-III evidenció un desarrollo correspondiente a la de una niña de 2 años 7 meses, indicando que su desempeño podría clasificarse en lo denominado como “Limítrofe” y “Debajo del promedio”. Al momento de la aplicación, el “Caso E” no ha desarrollado las capacidades y habilidades esperadas para su edad cronológica.

Figura 1

Ubicación de los puntajes de “E” en la curva normal de WPPSI-III

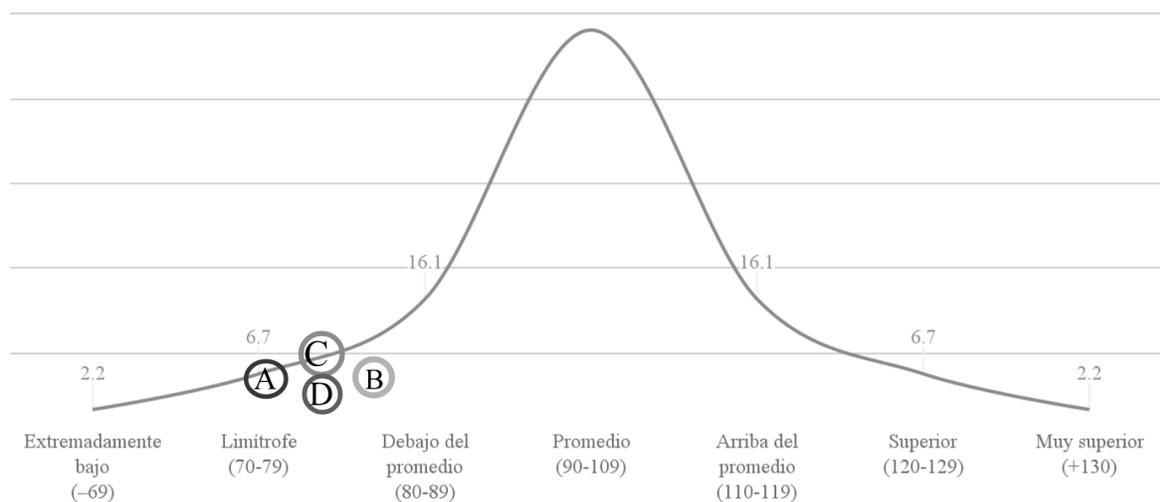


Tabla 1

## Puntuación Compuesta por Índice

Ubicación en la gráfica	Índice	Puntuación compuesta
O A	CIT	77
O B	CIV	81
O C	CIE	79
O D	CGL	79

Nota: En la Figura 1 se muestra dónde se ubican los puntajes que obtuvo “E” en la prueba WPPSI-III de acuerdo a la curva normal de Wechsler descritos en la Tabla 1. Se señala el Coeficiente de Inteligencia Total (CIT), Verbal (CIV) y de Ejecución (CIE), así como el Compuesto General del Lenguaje (CGL).

El cuestionario ASQ 3 evidenció que al momento de la evaluación las áreas de Comunicación y de Resolución de Problemas se encontraron “No consolidadas”; indicando que sus habilidades se ubicaron debajo de lo esperado. Mientras tanto, las áreas de Motricidad Gruesa y Socio-Individual se encuentran “En consolidación”; indicando que está apenas por encima de las expectativas y que requiere de actividades adicionales para fortalecer sus habilidades y vigilar su progreso. Finalmente, en relación al área Motriz Fina esta se encuentra “Consolidada”; indicando que su desarrollo parece estar bien hasta el momento.

Figura 2

Matriz de resultados del Desarrollo del Cuestionario ASQ 3

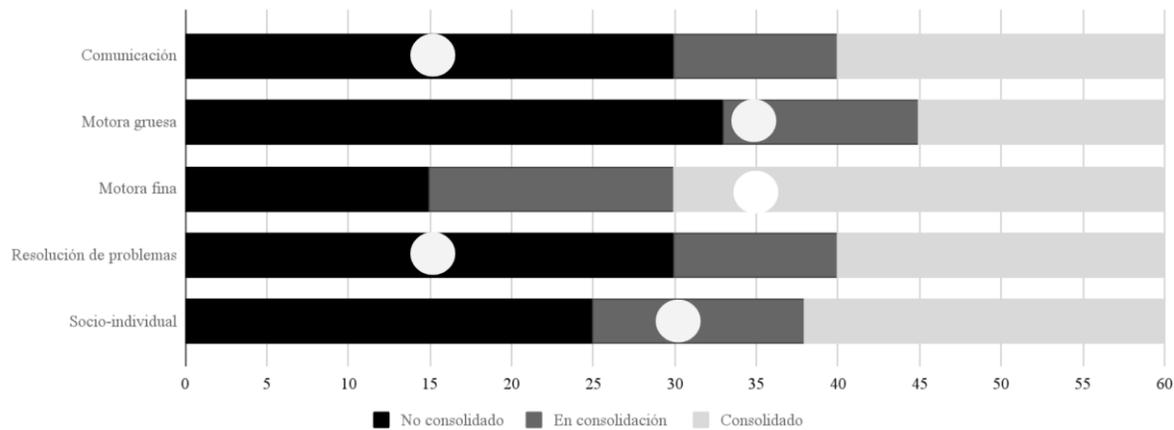


Tabla 2

Puntaje por Áreas e Interpretación

Área	Puntaje Total	Límite	Interpretación
Comunicación	15	30.72	Puntaje por debajo de las expectativas
Motor gruesa	35	32.78	Puntaje apenas por encima de las expectativas
Motor fina	35	15.81	Puntaje por encima de las expectativas
Resolución de problemas	de 15	31.30	Puntaje debajo de las expectativas
Socio-individual	30	26.60	Puntaje apenas por encima de las expectativas

Nota: En la Figura 2 se muestra dónde se ubican los puntajes obtenidos por “E” en el Cuestionario ASQ 3 que han sido descritos en la Tabla 2. Dependiendo de la puntuación, se determina si “E” cuenta con las habilidades esperadas correspondientes a su edad, si se requieren actividades de regularización o si se necesitan aplicar más pruebas para verificar su desarrollo.

La prueba de Signos Neurológicos Blandos del ENI 2 mostró lo siguiente:

Marcha: Puntuación: 1.5. Logra realizar actos motores, pero se observan dificultades debido a que la respuesta no se mantiene durante un lapso de tiempo considerable.

Agarre del lápiz: Puntuación: 2 (Anormal). Presión inmadura, con presión formada por tres dedos y el pulgar (índice, medio, anular y pulgar). Lateralidad manual: Derecha.

Articulación: Puntuación: 2 (Anormal). Cuando al menos un fonema (unidad sonora) no fue producido adecuadamente.

Agudeza visual: Puntuación: 0 (Normal).

Agudeza auditiva: Puntuación: No se logró llevar a cabo, por lo que no hay mayor análisis al respecto. Observaciones: temor a cerrar los ojos, por lo que no sigue instrucciones.

Discriminación derecha-izquierda: Puntuación: 2 (No conoce cuál es la izquierda y la derecha, descontinuado).

Seguimiento visual: Puntuación: 1 (Con dificultad). Sí hay seguimiento de un objeto con los ojos y no se pierde. Observaciones: en la marcha del seguimiento hacia la derecha, el ojo realizaba un tic, simulando una manecilla de reloj que regresa y sigue. Nistagmus: Presente, se considera signo blando la presencia de nistagmus con la mirada lateral extrema y la asimetría pupilar.

Extinción táctil, auditiva y visual: No se logró llevar a cabo, ya que las instrucciones no fueron comprendidas por "E". No hay mayor análisis al respecto.

Disdiadococinesis: Puntuación: 2 (Incapacidad). Es incapaz de realizar movimientos alternantes con ambas manos. Observaciones: Rigidez, lentitud en el movimiento e incapacidad de realizar un movimiento alternante (disdiadococinesia de la mano derecha o izquierda) se consideran como signos blandos; al igual que los movimientos asociados del tronco, de la cara o de otras partes del cuerpo que no sean indispensables para la ejecución de la tarea.

Movimiento de oposición digital: En la mano derecha fue deficiente; en cuanto a la mano izquierda, se desconoce pues no se pudo llevar a cabo el ejercicio. Puntuación Derecha: 2 (Incorrecto), solamente puede oponer el pulgar al conjunto de otros dedos como una totalidad. Puntuación Izquierda: No se logró observar. Puntuación Total: 1. Un puntaje elevado en esta tarea se puede asociar con una dispraxia del desarrollo, que consiste en la incapacidad para organizar un movimiento rítmico de oposición de los dedos, siendo una dificultad en cuanto a prever, organizar y ejecutar una tarea motora en el niño en ausencia de cualquier déficit motor. La dificultad de organizar el movimiento de oposición del pulgar con otros dedos se traduce clínicamente en una dificultad de presión de ciertos objetos (dispraxia en la utilización de objetos, dispraxia de la escritura al usar el lápiz).

Lateralidad manual: Puntuación: 2 – 3: 2 = Mixta. Es decir, de cierto número de tareas a realizar con las manos se dio un uso de ambas equitativamente; no hay dominancia manual. Para su edad dicho aspecto es normal.

Aspecto Cualitativo (Datos observados y/o recopilados en entrevistas)

Durante la hora de juego que se tuvo con “E”, se lograron observar las dificultades que tiene para comunicarse, como lo son fallas en la comprensión del lenguaje, en la articulación de palabras y en la formación de oraciones con más de cinco palabras. Por otra parte, se observaron dificultades en las habilidades relacionales al momento de establecer un juego con pares y con otros, pues se le dificultaba incluir a las evaluadoras en él, estableciendo así un juego solitario; por lo que presenta un juego inmaduro aún para su edad. Al jugar, los temas más recurrentes estaban relacionados con el autocuidado; haciendo referencia a temas como la hora de la comida, la hora de dormir, el baño y el doctor o una “patita lastimada”. Por medio de la hora de juego, elaboró sus miedos, proceso completamente normal en niños; comunicando aspectos tales como la dinámica familiar, la búsqueda de una mayor independencia o autonomía, su miedo hacia el sanitario, así como la manera en la que percibe que algo sucede con ella y que por eso se encuentra en la clínica.

Por otro lado, a través de las entrevistas que se realizaron con los padres de “E”, fue posible comprender a mayor profundidad su contexto, así como el nivel de ansiedad y angustia que la situación actual generaba dentro de la dinámica de pareja y familia. Los padres mencionaron estar preocupados por múltiples situaciones, siendo su mayor inquietud la paruresis y parcopresis que presentaba “E”. A raíz de estas preocupaciones, se requirió realizar un trabajo de psicoeducación en el que se les explicara a los padres la situación de “E”, de tal manera que tuvieran una mayor comprensión en cuanto al comportamiento de su hija; todo con la intención de aminorar sus inquietudes y permitir que se llevará el proceso de la manera más amena posible, apoyándolos en este duelo sobre las expectativas no encontradas en el desarrollo de su hija.

Añadido al acompañamiento mencionado, para dar respuesta a la paruresis y parcopresis se utilizó una técnica de corte cognitivo conductual denominada Aproximaciones Sucesivas. Se dividió el recorrido al baño en pequeños pasos; de tal manera que la dificultad de la tarea fuera aumentando de manera gradual. Durante el proceso, a “E” se le iba informando cada paso que se tomaba y se le pedía su consentimiento para realizarlo. Cuando “E” realizaba la conducta deseada, se reforzaba dicha conducta a través de cumplidos, esto con el fin de promover que se repitiera dicho comportamiento. Esta técnica se le explicó a los padres para que la practicasen cada vez que les fuera posible, ya sea dentro o fuera de casa y también; se llevó a cabo durante las sesiones de evaluación. Al inicio, “E” reaccionaba con miedo y cautela; su rostro denotaba un verdadero terror al siquiera acercarse a la puerta de entrada. Sin embargo, conforme avanzaba en la tarea, ella cada vez iba tomando una mayor iniciativa; siendo ella la que al final proponía lo que se podía hacer. Ciertamente, el vínculo terapéutico que se estableció entre “E” y las evaluadoras fue un factor sumamente importante en la realización de estos ejercicios y de la evaluación en general.

En cuanto al rol de los cuidadores primarios de “E”, se observó que a lo largo del proceso ambos mostraron una actitud cooperadora; su puntualidad, asistencia, actitud y compromiso fueron vitales para el proceso. Sin embargo, desde un inicio fue importante trabajar el vínculo terapéutico con el padre, pues ante la búsqueda preocupada por encontrar una solución inmediata a la cuestión del baño, dejó ver una actitud de posible deserción ante el proceso de evaluación que se llevaría a cabo; por lo que se tomaron acciones para disminuir su angustia, explicando el proceso y avances que se iban dando sesión con sesión.

De igual manera, se solicitó la asistencia de la madre, a quien se le psicoeducó en términos del plan de aproximaciones sucesivas al baño; a su vez, ella se encargó de enseñarles el plan a los demás miembros de la familia para que este se trabajara en su día a día. En la sesión final y entrega de resultados, la madre indicó que había tenido efectos favorables, ya que “E” había logrado ir a un sanitario público; algo que en un inicio era impensable para los padres.

En este proceso, fue importante cambiar el foco y la mirada que le estaba dando a la situación; por lo que se trabajó con ambos padres de tal manera tuvieran una participación más proactiva en el desarrollo de su hija, devolviéndoles su responsabilidad y el rol que tienen como figuras primarias para continuar fomentando una estimulación adecuada a las necesidades de “E”, ante lo cual respondieron de manera positiva.

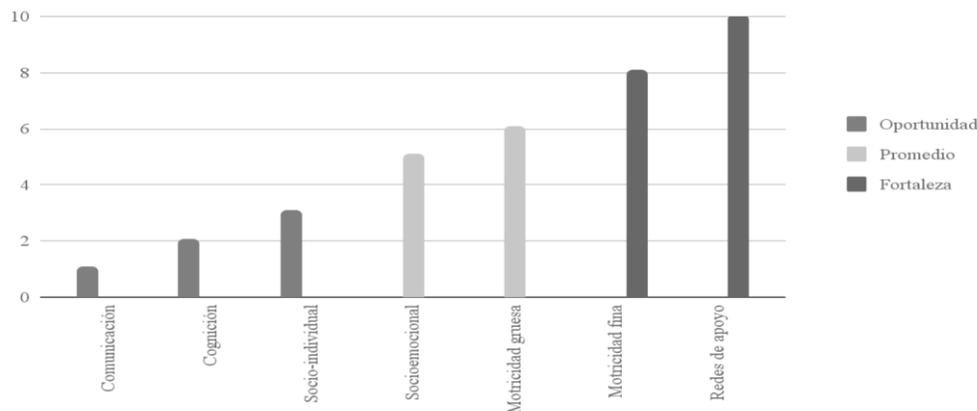
#### INTEGRACIÓN DIAGNÓSTICA POR DOMINIOS DEL DESARROLLO

Dentro del perfil psicológico de “E” las áreas de oportunidad corresponden a los siguientes dominios: Dominio comunicativo (receptivo y expresivo), Dominio cognitivo (Puntaje CIT demuestra que no cuenta con las habilidades esperadas para su rango de edad) y Dominio socio-individual (paruresis y parcopresis, autonomía). Por otro lado, las áreas que se encuentran dentro de un desempeño promedio/esperado son: Dominio socioemocional (autoconcepto, regulación emocional, miedos y habilidades relacionales) y Dominio de motricidad gruesa (en consolidación).

Finalmente, en las áreas de fortaleza se encuentran las siguientes: Dominio motricidad fina (habilidad consolidada) y las Redes de apoyo con las que cuenta (padres, recursos de apoyo a la comunidad como la clínica, etc).

Figura 3

## Perfil psicológico del Caso E



Nota: En la Figura 3 se muestran las 7 áreas en las que se dividió el perfil psicológico de "E", clasificando cada una dentro de la categoría "Área de oportunidad", "Promedio" o "Fortaleza", dependiendo de lo observado, analizado y recopilado a lo largo de la evaluación.

El dominio comunicativo es uno de los que se encuentran más comprometidos en el caso de "E"; de acuerdo con los resultados obtenidos, su desempeño se encuentra por debajo de las expectativas correspondientes a su edad. De acuerdo con Wechsler et al. (2009), la comunicación se divide en dos aspectos: expresiva y receptiva. La comunicación expresiva comprende tanto el habla, como el tono, timbre de voz, pronunciación, entre otros aspectos más. En ese sentido, se observó que en el caso de "E" más de un fonema no puede ser producido de manera adecuada. Asimismo, se logró observar que "E" cuenta con la capacidad repetir las palabras solicitadas por las evaluadoras, sin embargo, esto lo logra porque está imitando a las evaluadoras, desde su tono hasta su timbre de voz. Al momento de pedirle que dijera las mismas palabras poco tiempo después, ella no podía evocar nuevamente las palabras previamente dichas; un ejemplo de esto sucedió cuando las evaluadoras le preguntaban sus nombres y a pesar de que se lo recordaban cada sesión; confundía el nombre de una psicóloga con la otra, o no se acordaba, o también lo articulaba de forma distinta.

A su vez, a lo largo del proceso se observó que a "E" se le dificulta formular oraciones de manera adecuada y entendible; se dieron varios momentos en los que la manera de expresarse de "E" era desorganizada y confusa, siendo este un indicador de que presenta ciertas deficiencias en cuanto al área expresiva del habla.

Por otra parte, la comunicación receptiva está relacionada al almacén lexical con el que cuenta, la comprensión de instrucciones, la recuperación de palabras de la memoria a largo plazo y la asociación de estímulos visuales con el lenguaje (Wechsler et al., 2009). En este caso, se observó que "E" presentaba interés por comunicarse; sin embargo, esto no le era sencillo debido a las dificultades en el lenguaje que presenta, de entre las que destaca su desconocimiento del significado

de múltiples palabras cotidianas, posiblemente debido a una falla en la comprensión de las mismas. Ciertamente, "E" contaba con un repertorio de vocabulario deficiente y limitado; por lo cual, muchas veces se le dificultó poder seguir las indicaciones dadas en un primer momento. Incluso después de varios intentos en los que se le repetía la instrucción de maneras distintas, ella no lograba realizar la tarea. Por lo mismo, al darle tres indicaciones distintas en un mismo momento, sólo era capaz de registrar dos, cuestión que podría deberse a una alteración en cuanto a la comprensión y el registro de información.

En cuanto al dominio cognitivo, aunado a la capacidad de resolución de problemas, "E" es capaz de identificar con facilidad de entre 3 círculos de distintos tamaños cuál es el más grande; sin embargo no logra señalar cuál es el más pequeño pues lo confunde con el mediano. Asimismo, al momento de solicitarle armar un rompecabezas de 3 piezas, no logró formar la figura de manera adecuada. Al analizar su comportamiento, se observó que a pesar de que el objetivo de un rompecabezas es poder ver una imagen completa al finalizarlo; en realidad lo que ella buscaba única y exclusivamente era que las piezas embonaran; sin apoyarse en visibilizar la imagen para resolver el rompecabezas. A su vez, se observó que presenta algunas dificultades cuando se le ha solicitado que nombre los colores, pues a pesar de que se utilizaron múltiples recursos como crayolas, lápices de colores y/o la imagen de un arcoíris como referencia; ella era capaz de señalar y nombrar la mayoría con facilidad, pero le era imposible identificar y nombrar el color azul. Cada vez que se le preguntaba el nombre de ese color, ella indicaba que era el color rojo. Por lo tanto, se sugirió realizar una evaluación más exhaustiva sobre su visión y el cómo percibe los colores para descartar cualquier alteración.

En términos de su desarrollo, del dominio socio-individual y/o adaptativo, de acuerdo con el Cuestionario ASQ-3 este dominio se encuentra actualmente en proceso de consolidación, indicando que necesita recibir mayor estimulación en este aspecto. Acerca de su autonomía, "E" es capaz de comer y beber de manera independiente, pero muchas veces suele ser apoyada por otros en la realización de otras tareas de la vida cotidiana, como lo es poder vestirse y desvestirse, colocarse los zapatos, los calcetines, abotonar y desabotonar, etc. Es importante mencionar que cuando se le da la oportunidad de realizar estas tareas –a pesar de que lo hace con dificultad– parece ser que "E" cuenta con la capacidad para adquirir las habilidades que le permitirían cumplir con estas tareas básicas; sólo que comúnmente no se le da la oportunidad para desarrollar este tipo de destrezas y capacidades. Al momento de la evaluación, cuando se observó que no podía realizar una tarea correctamente, se le preguntó si necesitaba ayuda a lo cual dijo que sí; sin embargo, en el instante en el que las evaluadoras se involucraron en la tarea, "E" mostró desinterés por conocer cómo lograrlo ella misma, por lo que la psicóloga la invitaron a incluirse en la tarea, a lo que respondió positivamente. Por lo tanto, en las sugerencias dadas a los padres se les propuso que la motivaran a realizar algunas actividades por su cuenta y que si llegaba a necesitar apoyo, la involucraran activamente en la actividad a realizar.

Por otra parte, en el dominio socioemocional, en cuanto al autoconcepto, "E" conoce su nombre y sabe que es una niña; sin embargo, aún presenta dificultades para indicar cuántos años tiene, pues

ha llegado a decir que tiene 2, 3, 21 y hasta 22 años de edad. A su vez, "E" parece tener cierta conciencia sobre lo que ocurre con ella y su desarrollo, ya que a lo largo del proceso de evaluación constantemente hizo referencia a que venía al "doctor" o a "terapia"; que le dolía algo y que la tenían que curar. En relación con la regulación emocional, las emociones y sentimientos que predominaron durante la aplicación de las pruebas fueron la angustia, la tristeza y el miedo. Estos últimos se vieron reflejados tanto en su incapacidad para terminar las tareas asignadas, como en sus gesticulaciones y actitudes. A lo largo del proceso, se dieron varios momentos en los que "E" decidía abandonar la tarea por completo para "jugar" a ocultarse debajo de la mesa, o para expresar lo que sentía a través de algún dibujo o también, cambiando de tema abruptamente con el fin de distraer a las evaluadoras y a sí misma de la tarea y el objetivo que se tenía en ese momento. En este dominio, también se ven involucradas la paruresis y parcopresis, pues el miedo y temor que siente al enfrentarse a una situación en la que requiere ir a un sanitario público, genera en ella una desregulación emocional fuerte e intensa.

En el dominio de motricidad gruesa, se observó que "E" es capaz de brincar verticalmente usando cualquiera de los dos pies sin caerse o perder el equilibrio, pero se le dificulta brincar en un pie, pues no le es posible hacerlo si no se sostiene de la pared; sobre todo cuando desea saltar con el pie derecho. Esta última tarea le fue sumamente complicada. Con esto, se observó que le cuesta trabajo mantener su equilibrio, sobre todo en un sólo pie, por lo que necesita apoyarse de algo, de lo contrario se balancea y se tropieza. De igual manera, "E" no cuenta con la capacidad para caminar en una línea recta, pues al mover su pie para dar el paso, este se gira ligeramente hacia la parte externa de la línea marcada, impidiéndole que la siga. De igual manera, "E" no puede caminar de puntas; cuando se le solicitó esto, en un inicio caminó con los talones y luego, terminó utilizando todo su pie en el movimiento. Al observar esta reacción, se le mostró cómo debía hacerlo y se caminó de puntas junto a ella; pero a pesar de estos intentos, "E" no fue capaz de lograr la tarea. Los indicadores anteriores son signos de que su desarrollo motriz podría estar neurológicamente comprometido, por lo que es necesario realizar mayores estudios al respecto.

En cuanto al dominio de motricidad fina, cabe mencionar que a "E" se le dificulta sostener el lápiz adecuadamente, pues la pinza que realiza al sostenerlo no es la correcta, además de que lo sostiene alejado de la punta. Asimismo, la presión e intensidad con la que realiza sus trazos hace que las puntas de los lápices se rompan fácilmente y al momento de sacarles punta; "E" no logra hacerlo pues sus movimientos no son coordinados. A su vez, "E" presenta una lateralidad manual mixta, pues aún no cuenta con una mano dominante, lo que es normal para una niña de su edad. En ese sentido, "E" desconoce cuál es la izquierda y cuál es la derecha, aunque de acuerdo a lo que se observó en cuanto a su desempeño, es esperado que estos términos aún sean complejos para ella.

## RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

Incluyendo los datos de la eficacia del proceso de evaluación, así como la intervención por medio de la psicoeducación, se lograron obtener resultados favorables para el caso de "E". Ya que comenzó a mostrar avances en cuanto al aspecto de la parcopresis y paruresis, siendo capaz de

entrar a un baño público sin que le produjera alguna desregulación emocional. Es importante mencionar que el vínculo que se formó con “E” fue uno de los factores más significativos, valiosos y fundamentales para que se dieran los resultados que se obtuvieron al finalizar la evaluación. Dada la complejidad del caso, los niveles de ansiedad y angustia que expresaban tener los padres, más que beneficiar al proceso los estaba paralizando. La incertidumbre de no saber qué sucedía con su hija, el duelo de lo no encontrado, junto con el sentimiento de culpa que referían tener a causa de ello, obstaculizaba el poder tomar acción en cuanto a la situación particular que se estaba manifestando. Por ello, se optó por tomar una mirada empática y comprensiva, mediante la cual se les explicaron las áreas de oportunidad que se debían trabajar con el fin de que pudieran enfocar el interés por el bienestar de “E” en acciones concretas que la ayudaran a adquirir y mantener las habilidades propias de una niña de su edad. A la par de la recomendación de remitir el caso al área de Neurología de la clínica para continuar con el proceso de evaluación y obtener un diagnóstico certero.

Durante esta experiencia, advertimos la importancia de la vinculación con “E”. Pues la atención estaba centrada en las problemáticas, dificultades y limitaciones que presentaba, mas no en la niña que asistía a consulta. Pues era una niña que expresaba tristeza, angustia y temor. Al encontrarse en una situación de evaluación, “E” constantemente transmitió un sentimiento de temor ante la crítica y a una mirada que juzga. En cambio, las evaluadoras decidieron tomar una actitud clínica que favoreciera el tenerla presente; es decir, crear un vínculo desde la necesidad de “E” de ser vista, considerada y tomada en cuenta, no desde el malestar sino el comprender desde dónde y cómo vivía dicha situación. De esta forma, la relación pudo avanzar y evolucionar hasta el punto en el que ella pudiera hablar con libertad, sugerir ir al baño e incluso tomar iniciativa para ello. Siendo un elemento enriquecedor el haber creado un vínculo tanto con “E” como con los padres durante el proceso para fomentar una psicoeducación positiva a favor de la individualidad y particularidad del caso.

## Referencias

Aberastury, A. (1965) Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Bs. As., Paidós.

Aparicio, T. (s.f.). Disfasia, un trastorno en la adquisición del lenguaje. Puleva: Bienestar para la Vida. <https://www.lechepuleva.es/nutricion-y-bienestar/disfasia-un-trastorno-en-la-adquisicion-del-lenguaje>

Boschen, M. J. (2008). Paruresis (psychogenic inhibition of micturition): Cognitive behavioral formulation and treatment. *Depression and Anxiety*, 25(11), 903–912. <https://doi.org/10.1002/da.20367>

García-Arzeno, M.E. (2007). Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico. Buenos Aires. [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/PsicodiagnosticoClinico.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/PsicodiagnosticoClinico.pdf)

Jairo. (s.f.). La disfasia, es un trastorno no una enfermedad. Centro Europeo de Postgrado, CEUPE. Psicología-Educación. <https://www.ceupe.pe/blog/la-disfasia-una-enfermedad-o-trastorno.html>

Koppitz, E. (1980). El Test Gestáltico Visomotor para Niños. Buenos Aires: Guadalupe.

Kuoch, K. L., Cook, S., Meyer, D., Austin, D. W., & Knowles, S. R. (2021). Exploration of the socio-cognitive processes underlying paruresis and parcopresis. *Current Psychology*, 40, 1807-1813.

Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., & Ostrosky-Solís, F. (2007). Evaluación neuropsicológica infantil. México: Manual Moderno.

Murillo, J. P. M., & Rodríguez, D. A. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista cúpula*, 30(1), 40-47.

Squires, J., & Bricker, D. (2009). *Ages & Stages Questionnaires in Spanish. A Parent-Completed Child Monitoring System*, 3rd ed.; Paul H. Brookes Publishing: Baltimore, MD, USA.

Vythilingum, B., Stein, D. J., & Soifer, S. (2002). Is "shy bladder syndrome" a subtype of social anxiety disorder? A survey of people with paruresis. *Depression and Anxiety*, 16(2), 84–87. <https://doi.org/10.1002/da.10061>.

Wechsler, D., Lichtenberger, E., & Kaufman, A. (2009). *WPPSI - III. Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria - III: Manual técnico y de interpretación*. México: Manual Moderno.

## **Mesa 5**

Moderador: Dr. Juan Carlos Mazón Sánchez

## **Evaluación piloto del dominio psicológico en el marco del envejecimiento saludable con base en la experiencia de la Atención Integrada a Personas Mayores (ICOPE).**

Ana Karen Aparicio Santos [1]

Otilia Aurora Ramírez Arellano[2]

México, Ciudad de México.

28 de julio 2023.

### Resumen

En el contexto del envejecimiento saludable (ES), se plantea la evaluación de dominios que permitan construir un diagnóstico integral, se propuso una valoración piloto con un grupo de participantes en proceso de envejecimiento en el Centro Universitario de Envejecimiento Saludable (CUENSA) FESZ UNAM, se siguieron las recomendaciones hechas por la OMS 2015, y el cuidado integrado ICOPE OMS 2017, para valorar la capacidad intrínseca de los adultos mayores y con ello operacionalizar el ES. Se trató de 28 personas de 59 años de edad en promedio, la mayoría mujeres, solteras que se dedican al hogar; los instrumentos fueron: Escala de depresión Yesavage, Cuestionario de Autoestima Rosnberg, Escala PANAS de afecto positivo y negativo, Escala de Satisfacción con la vida, encontrando que 27 de los 28 casos tuvieron una autoestima media y alta, 20 casos presentaron ausencia de depresión, el afecto positivo promedio fue de 34 puntos y el afecto negativo de 20 puntos, el puntaje de satisfacción que más se repitió fue 5 mostrando la tendencia de que las personas se sienten muy satisfechas con su vida. Se observó que la depresión guarda relación con el nivel de satisfacción, así como el afecto positivo con la autoestima y la satisfacción con la vida. Se evidenciaron los afectos, cogniciones y comportamientos de manera panorámica y positiva, se sugiere integrar escalas que evalúen la calidad de vida y la resiliencia para reconocer estrategias de afrontamiento y proponer programas de intervención que mantengan o en su caso promuevan la estabilidad psicológica.

Palabras clave: envejecimiento saludable, dominio psicológico, evaluación.

[1] Estudiante de la Carrera de Psicología. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM. [aparicio.karen@comunidad.unam.mx](mailto:aparicio.karen@comunidad.unam.mx)

[2] Profesora de Tiempo Completo Definitivo Carrera de Psicología. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM. [otiliaauroraramirezarellano@gmail.com](mailto:otiliaauroraramirezarellano@gmail.com)

### -Envejecimiento Saludable

El número de personas mayores en todo el mundo (2021) es ligeramente superior a mil millones, esto es, aproximadamente el 13,5% de la población mundial. En 2030, una de cada seis personas tendrá 60 años o más. (Década del envejecimiento saludable informe, 2015). Este aumento en la población de adultos mayores ha provocado que la OMS y gobiernos latinos pongan en marcha acciones enfocadas a este sector de la población ya que tienen un papel muy importante en la sociedad.

Para Mendoza, V., Vivaldo, M., & Martínez, M. 2016 “el envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la reserva y de la respuesta biológica ante las exigencias para mantener o recuperar la homeostasis, debido a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales, propiciadas por la carga genética y el desgaste acumulado ante los retos que enfrenta la persona a lo largo de su historia en un ambiente determinado.

Al plan de acción se le conoce como “La década del envejecimiento saludable”,

un envejecimiento saludable es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional consiste en tener los atributos que permiten a todas las personas ser y hacer lo que para ellas es importante.

(WHO,2015).

El envejecimiento saludable toma en cuenta tres aspectos de la vejez.

#### 1 Capacidad funcional:

Para la OMS la capacidad funcional es “ el resultado entre la interacción de la persona (con su capacidad intrínseca física y mental) y las características ambientales, se convierte en el principal indicador del estado de salud de las personas mayores”. (WHO, 2015).

Otros autores la definen como: “la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria”. (Orlando, Wenger, Hays y Rubenstein,2000 citado en Araya V. G., et.al, 2001 ).

2 Capacidad intrínseca: La capacidad funcional y la capacidad intrínseca van de la mano pues la OMS nos dice que son “todas las capacidades físicas y mentales de las que puede disponer una persona, incluida su capacidad locomotora (movimiento físico), su capacidad sensorial (visión y

audición), su vitalidad (energía y equilibrio), y su capacidad cognitiva y psicológica. Estas capacidades están interrelacionadas y contribuyen a la capacidad funcional”. (WHO,2021).

A medida que se envejece el cuerpo se va deteriorando lo que causa una limitación en la autonomía e independencia, así se ven afectadas ambas capacidades, las limitaciones pueden ser enfermedades, traumatismos, desgastes, etc.

### 3 El entorno:

El entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona. Incluye —desde el nivel micro hasta el nivel macro— el hogar, la comunidad y la sociedad en general. En el entorno se encuentran una serie de factores que abarcan el ambiente construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan. (Mendoza-Núñez, V. M., Martínez-Maldonado , & Vivaldo-Martinez M. 2018)

#### Dominio Psicológico del envejecimiento saludable:

En el marco de la Atención Integrada a Personas Mayores (ICOPE) se sabe que la persona en proceso de envejecimiento va teniendo cambios físicos y mentales que propician a que no solo cambie la manera de como se ve, también sus actividades de la vida diaria, su entorno social entre otras cosas, por ello el adulto mayor deben mantener o mejorar sus niveles de capacidad funcional, esto se logra gracias a la resistencia, la recuperación y adaptación.

El envejecimiento saludable también se encarga de prevención y atención, no solo en el deterioro físico si no también mental pues como ya se a mencionado es parte de la capacidad funcional es decir se realizan pruebas de tamizaje para ver diferentes aspectos del adulto mayor algunos suelen ser autoestima, depresión, bienestar, calidad de vida, satisfacción, insomnio, algunos son cognitivos, etc.

Estos aspectos del cómo se siente, cómo vive, cómo se ve, qué tipos de hábitos tiene influyen en la manera de su comportamiento, y de salud muchos de los hábitos pueden ser erróneos y otros tantos debe corregirse, ya sea de manera autónoma o con el uso de medicamentos suele ser el caso del insomnio ya que la falta de un buen sueño y descanso influye en el comportamiento, qué tan irritables o que tan activos se puede estar durante el día.

Un envejecimiento saludable, se adapta para cada grupo de personas que tengan características en común mejorando su estilo de vida hasta la salud física y mental.

El estado de ánimo es parte primordial de la salud del adulto mayor, el humor que tiene una persona influye en su salud mental y física, ya que tener unas emociones estables contribuye a tener calma, ser positivo, feliz y sobre todo aceptación bajar la ansiedad y el estrés.

Para Scherer, los estados de ánimo son estados afectivos difusos o globales que aparecen sin causa aparente, su intensidad por lo general es baja, aunque pueden durar horas o incluso días, como la tristeza, la alegría, etc. (Scherer, 2005).

El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Cuando hay un trastorno del estado de ánimo, el paciente pierde la sensación de control sobre su ánimo y experimenta malestar general. Estos trastornos se dividen en bipolares y depresivos. La depresión es un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro, que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto (Arce F. V., 2022)

El objetivo principal para evaluar el estado de ánimo es ver como la persona se siente, ya que como se ha mencionado antes esta influye en su comportamiento, diversas herramientas psicológicas nos permiten hacer un tamizaje sobre el estado de ánimo un ejemplo es Yesavage es una prueba de tamizaje para depresión, al tener resultados de alguna prueba se puede tomar acciones, para mejorar o mantener su estado de ánimo.

Por otro lado, también hay pruebas que se encarga de evaluar aspectos conductuales “La evaluación conductual es un enfoque científico que hace hincapié en el uso de varios métodos de evaluación, en la obtención de medidas con garantías psicométricas sólidas y adecuadas, en la medición realizada en distintas situaciones, contextos y momentos y en la observación directa del comportamiento” (Gavino, Haynes & Godoy, 2011).

La función cognitiva, declina con el proceso normal del envejecimiento, no obstante, existen ocasiones en que esta disminución cognitiva es desproporcionadamente alta en los adultos mayores. Lo anterior hace referencia al deterioro cognitivo leve, relacionándose a un incremento en el riesgo del desarrollo para la demencia (Bennett et al, 2002 citado en Poblete F. et al 2015).

En el envejecimiento como en otras etapas de la vida se vive de manera diferente es muy individual sin en cambio compartimos características similares con un grupo de personas.

A lo largo de la aplicación de pruebas pueden manifestarse emociones de la persona que no suelen ser agradables para la persona, puede ser algún dolor, alguna pérdida, alguna carencia, que trae consigo emociones y sentimientos negativos, en su mayoría suele terminar en llanto.

A nivel psicológico, la persona en esta etapa de desarrollo atraviesa por un proceso de reflexión y comienza a contemplar su vida como un conjunto, que lo lleva a evaluar la manera como ha vivido su vida (Rage, 1997; Uribe-Rodríguez, Buela-Casal, 2003). A nivel social algunos de los hechos que impactan la vida del adulto mayor se relacionan con el temor por la pérdida de los seres queridos, la jubilación y con ella la inclusión social, la falta de actividades físico-recreativas y la disminución de la interacción social (Gallar, 1998. Citado en Uribe-Rodríguez y Buela-Casal, 2003).

De esta manera, teniendo en cuenta los cambios de esta etapa, en la actualidad se hace un llamado a los psicólogos para que desarrollen herramientas eficaces que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor en todas sus dimensiones, pues este profesional cuenta con los conocimientos teóricos y prácticos que le permiten abordar problemáticas de manera integral, trabajando conjuntamente con diversas disciplinas, como la gerontología, la medicina y la geriatría (Colegio Oficial de Psicólogos, 2003 citado en Uribe-Rodríguez et. al,2006).

Instrumentos de evaluación del dominio psicológico.

Derivados del protocolo de aplicación y estructura se encuentran de acuerdo al Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad y el Modelo de Atención Integrada a Personas Mayores (ICOPE), se indica que, para realizar estas y otras pruebas, el tiempo de aplicación es variado, ya que algunas de estas suelen ser temas que causan emociones o sentimientos negativos, y suele alargarse el tiempo de aplicación ya que estas pruebas deben aplicarse sin prisa y totalmente tranquilos.

Autoestima

Nombre: Escala de autoestima (Inventario de autoestima de Rosenberg).

Fundamentos teóricos:

Rosenberg entiende la autoestima un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. La escala fue dirigida en un principio a adolescentes, hoy se usa con otros grupos etarios. Su aplicación es simple y rápida. ( Cristian A., et. al, 2009)

**Objetivo:** Evaluar la autoestima de las personas adultas mayores para establecer programas que permitan fortalecerla o recuperarla.

**Características:** Es un cuestionario que a partir de preguntas sencillas permite detectar los niveles de autoestima del adulto mayor.

**Estructura:** El cuestionario es de tipo estructurado. Está conformado por 10 ítems divididos equitativamente en positivos y negativos en formato likert con 4 opciones de respuesta, va desde " muy de acuerdo" a " muy en desacuerdo" .

**Tiempo aproximado de aplicación:** 10-15 minutos.

**Protocolo de aplicación:**

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifíquele a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Preferentemente aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Si la persona no puede responder el cuestionario, las respuestas las podrá emitir el cuidador primario, lo cual deberá especificar en el apartado de observaciones.
6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando esté usted seguro(a) de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda corrobórelo con el supervisor.
7. Pregúntele su nombre, la edad, anote el sexo y la fecha de aplicación.
8. Dé el tiempo suficiente para responder a cada una de las preguntas.
9. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse que la respuesta sea la correcta.
10. El instrumento debe ser llenado en su totalidad, revisado por el evaluador y el supervisor y ambos deben anotar su nombre en el espacio correspondiente.
11. Anote el puntaje total y el diagnóstico probable.

**Escala de evaluación:** A cada una de las respuestas se les otorga un puntaje de 1 a 4. El puntaje mínimo es de 10 puntos y el máximo de 40 puntos, considerando diferentes grados de autoestima: Autoestima elevada: 30 a 40 puntos. Autoestima media: 26 a 29 puntos. Autoestima baja: 25 puntos y menos.



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES \* Z A R A G O Z A \***  
**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA**

**INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG**

Folio: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** A continuación se presenta una serie de enunciados relacionados con sus sentimientos personales hacia sí mismo(a). Marque con una "X" la opción que corresponda [**muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo**], dependiendo de la forma en que se sienta en el momento de contestar.

	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
1. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).				
2. A veces creo que no soy suficientemente bueno(a).				
3. Creo que tengo muchas cualidades.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las demás personas.				
5. Creo que no tengo mucho por qué sentirme orgulloso(a).				
6. Sólo algunas veces me siento útil.				
7. Creo que soy una persona de valía.				
8. Me gustaría sentir un poco de más respeto por mí mismo(a).				
9. Me siento inclinado(a) a sentir que soy un fracasado(a).				
10. Generalmente tomo una actitud positiva hacia mí mismo(a).				

Fuente: Rosenberg et al. Am Sociol Rev. 1995; 60, 141-156.

Puntuación total \_\_\_\_\_

**Marque con una X diagnóstico probable.**

- 30-40 = Alta autoestima
- 26-29 = Autoestima media
- 25 o menos = Baja autoestima

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES \* Z A R A G O Z A \*  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA****INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG****CLAVE PARA CALIFICACIÓN**

	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
1. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).	4	3	2	1
2. A veces creo que no soy suficientemente bueno(a).	1	2	3	4
3. Creo que tengo muchas cualidades.	4	3	2	1
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las demás personas.	4	3	2	1
5. Creo que no tengo mucho por qué sentirme orgulloso(a).	1	2	3	4
6. Sólo algunas veces me siento útil.	1	2	3	4
7. Creo que soy una persona de valía.	4	3	2	1
8. Me gustaría sentir un poco de más respeto por mí mismo(a).	1	2	3	4
9. Me siento inclinado(a) a sentir que soy un fracasado(a).	1	2	3	4
10. Generalmente tomo una actitud positiva hacia mí mismo(a).	4	3	2	1

A cada una de las respuestas se les otorga un puntaje de 1 a 4. El puntaje mínimo es de 10 puntos y el máximo de 40 puntos, los reactivos 1, 3, 4, 7, 10 se califican inversamente como se muestra en la clave de calificación. Se realiza la sumatoria y se anota el grado de autoestima.

### Reporte de resultados

 		
Diagnóstico Autoestima		
PRUEBA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Autoestima		30-40 autoestima alta. 26-29 autoestima media. 25 o menos autoestima baja.

## Depresión

Nombre: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Fundamentos teóricos. “La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español<sup>1</sup>. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no. En 1986, Sheikh y Yesavage, desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada. Aunque ambas versiones de la Escala de Depresión Geriátrica son instrumentos muy efectivos, aún la versión de 15 preguntas resulta demasiado extensa para su uso rutinario en atención ambulatoria. Basado en esta necesidad, es que en 1999 T. Hoyl, C. Alessi, L. Rubenstein et al desarrollaron la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica, la cual en población norteamericana resultó ser tan efectiva como la versión de 15 preguntas, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de depresión.”( Marín L. P., Valenzuela A. E., & Hoyl M. T. 2000)

Objetivo: Establecer el diagnóstico presuntivo de depresión.

Características: Es un cuestionario, que a partir de preguntas sencillas, permite detectar de manera presuncional (diagnóstico probable) la depresión.

Estructura: El cuestionario es de tipo estructurado está conformado por 30 preguntas dicotómicas (si/no) y puede ser de autoaplicación.

Tiempo aproximado de aplicación: 15 minutos.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifíquele el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos, visuales o cognitivos severos que le impidan escuchar, ver o comprender las preguntas.
4. Asegúrese de que la persona puede responderlo sin ayuda, de lo contrario usted lo debe aplicar.
5. Aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando esté usted seguro(a) de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta, sí tiene alguna duda corroborarlo con el supervisor.

7. Pregúntele, nombre, la edad, anote el sexo y la fecha de aplicación. Proceda a aplicarlo. 8. Dé el tiempo suficiente para responder a cada una de las preguntas.

9. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantear, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse que la respuesta sea veraz.

10. Si la persona llora, dale tiempo para recuperarse y continúe con la aplicación. Si la persona tiene una depresión severa y usted considera que no puede continuar, suspenda la prueba y anote en el apartado de observaciones los motivos de su decisión.

11. El instrumento debe ser llenado en su totalidad, revisado por el evaluador y el supervisor y ambos deben anotar su nombre en el espacio correspondiente.

12. Anote el puntaje total y el diagnóstico probable, sumando los “1” acorde con la clave. Escala de evaluación: 0 - 10 normal. 11 o más puntos indica probable depresión.



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES \* Z A R A G O Z A \***  
**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA**

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE\***

Folio: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

No.	Síntomas	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?		
11	¿Está a menudo intranquilo(a) e inquieto(a)?		
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?		
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?		
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?		
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?		
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?		
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno(a) de energía?		
22	¿Siente que su situación es desesperada?		
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?		
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?		
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?		

Fuente: Brink TL, et al. Clin Gerontol. 1962; 1: 37-43.

\*Traducción de la Unidad de Investigación en Gerontología

PUNTAJE TOTAL \_\_\_\_\_

Marque con una X diagnóstico probable.

0-10 puntos = Normal

11 puntos ó más = Probable depresión

Observaciones: \_\_\_\_\_

Evaluador(a): \_\_\_\_\_ Supervisor(a): \_\_\_\_\_

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES \* Z A R A G O Z A \***  
**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA**

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA  
 DE YESAVAGE  
 CLAVE PARA CALIFICACIÓN**

No.	Síntomas	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?	1	0
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	1	0
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?	1	0
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?	1	0
11	¿Está a menudo, intranquilo(a) e inquieto(a)?	1	0
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?	1	0
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
16	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?	1	0
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?	0	1
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?	1	0
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	0	1
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	1	0
21	¿Se siente lleno(a) de energía?	0	1
22	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?	1	0
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	1	0
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?	0	1
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	0	1
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?	0	1

A cada una de las respuestas se les otorga un puntaje de 0 o 1 de acuerdo la clave de calificación, anote el puntaje sumando las respuestas que correspondan al puntaje 1 y anote si se trata de resultado normal o probable depresión de acuerdo al siguiente punto de corte:

0-10 normal.

11 o más puntos indica probable depresión.

Formato de reporte de resultados:

 		
Diagnóstico Autoestima		
PRUEBA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Depresión		0-10 normal.  11 o más probable depresión.

### Bienestar

Nombre: Bienestar Subjetivo ( Escala PANAS de afecto positivo y negativo).

Fundamentos teóricos: El afecto positivo (AP) representa la dimensión de emocionalidad positiva, energía, afiliación y dominio de un individuo. Las personas con alto AP experimentan con facilidad sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza. En contraste, las personas con bajo AP tienden a manifestar desinterés y aburrimiento . Por su parte, el afecto negativo (AN) se refiere a la dimensión de la sensibilidad temperamental de un individuo ante estímulos negativos. La presencia de un alto índice de AN se ha relacionado con: a) experiencia de emociones negativas como miedo o ansiedad, tristeza o depresión, culpa, hostilidad e insatisfacción , b) actitudes negativas y pesimismo, c) problemas o quejas somáticas , y d) insatisfacción y apreciación negativa de uno mismo y de los demás.( Páez, F., & Robles, R. 2003)

Objetivo: Determinar la percepción del adulto mayor sobre sus sentimientos.

Estructura: El cuestionario es de tipo estructurado está conformado por 20 palabras que describen sentimientos con 5 opciones de respuesta de tipo ordinal enumeradas del 1 al 5 donde 5 significa que la persona vive con mayor fuerza ese sentimiento, puede ser de autoaplicación.

Tiempo aproximado de aplicación: 10 minutos.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifique a la persona el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos severos que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Preferentemente aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Si la persona no puede responder el cuestionario, las respuestas las podrá emitir el cuidador primario, lo cual deberá especificar en el apartado de observaciones.
6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando esté usted seguro(a) de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda corroborarlo con el supervisor.
7. Pregúntele su nombre, la edad, anote el sexo y la fecha de aplicación.
8. Dé el tiempo suficiente para responder a cada una de las preguntas.
9. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse que la respuesta sea la correcta.
10. El instrumento debe ser llenado en su totalidad, revisado por el evaluador y el supervisor y ambos deben anotar su nombre en el espacio correspondiente.
11. Anote el puntaje total y el diagnóstico probable.

Escala de evaluación: 1) Muy poco o nada, 2) Algo, 3) Moderadamente, 4) Bastante, 5) Extremadamente. la suma de afectos positivos cercano a 50 son adecuados, afectos negativos cercano a 10 adecuado.



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

**BIENESTAR SUBJETIVO**

ESCALA PANAS DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO

Nombre: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

A continuación se presenta una serie de palabras que describen sentimientos. Coloque enfrente con qué intensidad siente cada uno en una escala de:

1) Muy poco o nada 2) Algo 3) Moderadamente 4) Bastante 5) Extremadamente.

1 Motivado	_____	2 Irritable	_____	3 Molesto	_____	4 Alerta	_____
5 Emocionado	_____	6 Avergonzado	_____	7 De malas	_____	8 Inspirado	_____
9 Firme	_____	10 Nervioso	_____	11 Culpable	_____	12 Decidido	_____
13 Estar atento	_____	14 Agresivo	_____	15 Inquieto	_____	16 Entusiasmado	_____
17 Activo	_____	18 Temeroso	_____	19 Inseguro	_____	20 Estar orgulloso	_____

FUENTE: Robles, R., & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). Salud mental, 26(1), 69-75

A cada una de las respuestas se les otorga un puntaje de 1 a 5 de acuerdo la clave de calificación, anote el puntaje sumando las respuestas de los laterales que serían afectos positivos y los centrales afectos negativos, la suma de afectos positivos cercano a 50 adecuado Afectos negativos Cercano a 10 adecuado.

Formato de reporte de resultados:

 		
Diagnóstico Bienestar		
PRUEBA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Bienestar		Afectos positivos

		Cercano a 50 adecuado Afectos negativos Cercano a 10 adecuado.
--	--	---

Satisfacción

Nombre: Satisfacción con la vida

Fundamentos Teóricos:

Escala de Satisfacción con la Vida de Diener ([Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985](#)), que consta de cinco ítems que evalúan la satisfacción con la vida a través del juicio global que hacen las personas sobre esta. Para el presente trabajo se utilizó la traducción al castellano de ([Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita \(2000\)](#), Citado en Padrós B., F. Gutiérrez H., CY, & Medina C., MA 2015 ), la cual presenta los reactivos de la siguiente manera: (a) “En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea”, (b) “Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes”, (c) “Estoy satisfecho con mi vida”, (d) “Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido” y (e) “Las circunstancias de mi vida son buenas”. En esta versión se llevó a cabo una reducción en las opciones de respuesta del instrumento (en la versión original es de 7), por lo que los valores oscilan entre 1 y 5, donde 1 es “totalmente en desacuerdo”, y 5 es “totalmente de acuerdo”. (Gutiérrez H. C.Y., Medina C.MA., & Padrós B. F., 2015 )

Objetivo: Determinar cómo es que el adulto mayor se percibe a sí mismo.

Características: Es un cuestionario, que a partir de afirmaciones sencillas permite evaluar la percepción de sí mismo.

Estructura: El cuestionario es de tipo estructurado está conformado por 5 afirmaciones.

Tiempo aproximado de aplicación: 10 minutos.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifique el número de preguntas que tiene el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos, visuales o cognitivos severos que le impidan escuchar, ver o comprender las preguntas.
4. Asegúrese de que la persona puede responder sin ayuda, de lo contrario usted lo debe aplicar.
5. Aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.

6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando esté usted seguro(a) de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta, sí tiene alguna duda corroborarlo con el supervisor.

7. Pregúntele, nombre, la edad, anote el sexo y la fecha de aplicación. Proceda a aplicarlo. 8. Dé el tiempo suficiente para responder a cada una de las preguntas.

9. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse que la respuesta sea veraz.

10. Si la persona llora, dele tiempo para recuperarse y continúe con la aplicación. Si la persona tiene una depresión severa y usted considera que no puede continuar, suspenda la prueba y anote en el apartado de observaciones los motivos de su decisión.

11. El instrumento debe ser llenado en su totalidad, revisado por el evaluador y el supervisor y ambos deben anotar su nombre en el espacio correspondiente.

12. Ante el puntaje total y el diagnóstico probable, sumando los resultados acorde con la clave.

Escala de evaluación: se le asigna el valor de 1 cuando se esta de acuerdo, 2 ni de acuerdo ni desacuerdo y 3 en desacuerdo. Si la suma es cercana a 15 quiere decir que la persona está insatisfecha. La puntuación total va de 5 (alta satisfacción) a 25 (baja satisfacción).

**SATISFACCIÓN CON LA VIDA**

Nos interesa conocer cómo se percibe a sí mismo, marque con una "X" la opción que se acerque más a su percepción, no hay respuestas buenas ni malas. Si tiene alguna duda puede preguntar al aplicador con toda confianza. Comience a llenar el cuestionario.

	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En desacuerdo
1. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.			
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.			
3. Estoy satisfecho con mi vida.			
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.			
5. Si volviese a nacer, no cambiaría nada de mi vida.			

FUENTE: Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. Validación en población mexicana de López-Ortega M., Torres-Castro S. y Rosas Carrasco O. 2016.

Observaciones: \_\_\_\_\_

Procedimiento

Se hizo invitación a las personas en proceso de envejecimiento que acudieron a la participación de la práctica de los estudiantes de la carrera de psicología en el Centro Universitario para el Envejecimiento Saludable (CUAS) los Reyes la Paz, los criterios de inclusión fueron personas de 45 años y más, se ofreció una plática informativa, firmaron el consentimiento informado. Posteriormente se les asignó un espacio donde el aplicador anotó datos sociodemográficos, posterior a esto se les aplicaron sistemáticamente en diferentes sesiones los cuestionarios, al concluir se les entregó un diagnóstico y se les canalizó a programas de atención y servicios.

Imagen 1 Expediente piloto del Centro Universitario para el Envejecimiento Saludable (CUAS) los Reyes la Paz FESZ UNAM.

**CUESTIONARIO ESTADO DE SALUD Y POLIFARMACIA**

Folio: A-008  
Tel o cel: 5 224 411 1111

Nombre (s) \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: Guillermo Rodríguez Tel: 5 224 411 1111

1. Fecha de nacimiento: 18/04/58 Edad: 53

2. Sexo:  M  H

3. Lugar de nacimiento: Estado de México

4. Estado Civil: Casado 5. Religión: Católica

6. Lugar de residencia en los últimos 5 años (marque con una X la opción):

<input checked="" type="checkbox"/> Urbano	<input type="checkbox"/> Suburbano	<input type="checkbox"/> Rural
--	------------------------------------	--------------------------------

7. Dirección: Callejon de San Mateo  
Calle: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Col: \_\_\_\_\_  
Mpo o Alcaldía: Cuicuilco Estado: Méx C.P.: 56200

8. ¿Desde hace cuánto tiempo vive ahí? 12 años años.

9. Escolaridad

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato completo o incompleto
<input type="checkbox"/> Sabe leer y escribir	<input type="checkbox"/> Carrera técnica completa o incompleta
<input type="checkbox"/> Primaria completa o incompleta	<input type="checkbox"/> Estudios de licenciatura incompletos
<input type="checkbox"/> Secundaria completa o incompleta	<input type="checkbox"/> Estudios de licenciatura completos

10. Número de años de escolaridad aprobados desde primaria: 12 años

11. Ocupación(es) anterior(es): Comerciante  
Por más de 5 años

12. Ocupación(es) actual(es): Comerciante  
Por más de 2 años

Instrumento desarrollado y validado por consenso en la Unidad de Investigación en Gerontología.

## Resultados

En la primera tabla se muestran los datos sociodemográficos, de los 28 participantes, 92.85% (n=26) son mujeres y el 7.17% (n=2) son hombres. El 64.3% (n=18) se encuentran en un estado civil solteras, la religión predominante es Católica con un 89.3% (n=25), el 71.4% (n=20) se dedican al hogar, lo que se podría deducir que el hecho que la mayoría de nuestros participantes sean mujeres que cumplen con su rol de género en el hogar.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (n = 28).

Variable	Valor
Edad, años, media $\pm$ DE	59.39 $\pm$ 12.56
Sexo (n%)	
Mujeres	26 (92.85)
Hombres	2 (7.15)
Estado civil (n%)	
Soltera	18 (64.3)
Casada	10 (35.7)
Religión (n%)	
Católica	25 (89.3)
Evangelista	2 (7.1)
Cristiana	1 (3.6)
Ocupación (n%)	
Hogar	20 (71.4)
Comerciante	3 (10.7)
Chofer	1 (3.6)
Cuidadora	1 (3.6)
Costurera	1 (3.6)
Coordinadora	1 (3.6)
Obrero	1 (3.6)

En la Tabla 2. En el cuestionario de Autoestima aparecen mayores puntuaciones para un Autoestima Alta (n=14), una autoestima Media (n=14) y solo (n=1) muestra una autoestima baja.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la variable autoestima (n = 28).

Variable Autoestima	Valor
Media	30.14
Mediana	29.50
Moda	26
DE	4.08

Nivel Autoestima	Casos
Alta	14
Media	13
Baja	1

La tabla 3. Perteneciente al Cuestionario de Depresión de Yesavage, solo se aplicó una N=25 y de los cuales 20 no se encuentran en depresiones solo 5 casos se podría implementar acciones para mejorar su estado de ánimo.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la variable depresión (n = 25).

Variable Depresión	Valor
Media	8.04
Mediana	7.00
Moda	7.00
DE	5.77

Categoría Depresión	Casos
Sin depression	20
Con depresión	5

En la tabla 4 se muestran los valores de bienestar respecto al afecto positivo cuyo promedio fue de 34.33 con una desviación estándar de 8.6. En el caso del afecto negativo el promedio fue de 20.81 más menos 8.8.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la variable Bienestar (n = 28).

Variable Bienestar	Valor
Afecto Positivo	
Media	34.33
Mediana	33
Moda	26
DE	8.6

Variable Bienestar	Valor
Afecto Negativo	
Media	20.81
Mediana	19
Moda	12
DE	8.8

En la tabla 5 se observan los resultados de la satisfacción con la vida, el dato que más se repitió fue 5, el promedio 7.44 con una desviación estándar de 2.18.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la variable Satisfacción (n = 28).

Variable Satisfacción	Valor
Media	7.44
Mediana	7
Moda	5
DE	2.18

Los valores de las correlaciones entre instrumentos fueron significativos en el caso de las variables depresión con satisfacción, afecto positivo con autoestima y satisfacción. Tabla 6.

Tabla 6. Correlaciones bivariadas de las variables depresión, bienestar, autoestima y satisfacción.

Variabes	r	Significancia
Depresión vs Satisfacción	.611	.003
Afecto positivo vs Satisfacción	-.467	.019
Autoestima vs afecto positivo	.570	.002

De manera general se analizó que, 27 de los 28 casos tuvieron una autoestima media y alta, 20 casos presentaron ausencia de depresión, el afecto positivo promedio fue de 34 puntos y el afecto negativo de 20 puntos, el puntaje de satisfacción que más se repitió fue 5 mostrando la tendencia de que las personas se sienten muy satisfechas con su vida. Se observó que la depresión guarda

relación con el nivel de satisfacción, así como el afecto positivo con la autoestima y la satisfacción con la vida. Se evidenciaron los afectos, cogniciones y comportamientos de manera panorámica y positiva, se sugiere integrar escalas que evalúen la calidad de vida y la resiliencia para reconocer estrategias de afrontamiento y proponer programas de intervención que mantengan o en su caso promuevan la estabilidad psicológica.

En el marco de algunas recomendaciones cabe destacar, el uso de los instrumentos resulta ser bastante sencillo, al momento de aplicarlos o que sean de autoaplicación, lo primordial para que se pueda aplicar es tener un buen rapport con la persona, esto mejora la interacción, confianza, y sobre todo el anciano se sientan con la disponibilidad de poder esclarecer sus dudas sobre todo cuando se hacen preguntas o palabras más técnicas, al momento de aplicar la Escala de Depresión Geriátrica De Yesavage, hay preguntas que suelen alargarse por que se toma un tema que suele ser delicado para persona, es importante tomar el tiempo para escucharlos, sobre todo dirigirse con respeto, tener un ambiente tranquilo, así ellos estarán satisfechos con la atención y con ello pueden dar continuidad a su proceso en los programas universitarios.

## Referencias

- Arce f. v. (2022). Relación que existe entre las adicciones, los trastornos del estado de ánimo y trastornos por ansiedad. Tesina para obtener título de Licenciada en Psicología , Universidad Nacional Autonoma de Mexico. <http://132.248.9.195/ptd2022/septiembre/0831265/Index.htm>
- Araya V. G., Bellesteros U.C., Carazo V. P., (2001). Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: el taekwondo como alternativa de mejoramiento. Revista Educación 25 (2), 125-135. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/3586/3495>
- Buela- Casal, G. & Uribe-Rodríguez, A. F. (2003). Influencia del tipo de residencia sobre la depresión, el deterioro cognitivo y la calidad de vida en personas mayores. Granada: Universidad de Granada (Documento sin publicar).
- Conesa P., Garcés, E., Velandrino, A., & Ortega, J. (2002). Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable. Cuadernos de Psicología del Deporte 2, 67-89.
- Durán, A., González, G., Molina, Barco M. & Uribe-Rodríguez, A.F. (2006) Incidencia de la enfermedad crónica en personas de la tercera edad en Colombia. Geriatrika. Rage, E. (1997). La personalidad del anciano. Revista de Psicología Iberoamericana 5, 13-22.
- Gavino, A., Godoy A., & Haynes, S. N, (2011). Cómo elegir el mejor tratamiento. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento. Madrid: Pirámide.

González, L., Molina, J. M., & Uribe-Rodríguez, A. F. (2006). Communication: Program of intervention on the quality of life, the depression and the cognitive deterioration in people who belong to groups of the third age. 26th International Congress of Applied Psychology. Atenas (Grecia).

Gutiérrez Hernández, CY., Padrós Blázquez, F., & Medina Calvillo, MA. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33 (2), 223-232. <https://doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04>

Marín L. P., Valenzuela A. E., & Hoyl M. T. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista médica de Chile*, 128(11), 1199-1204. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000001100003>

Martínez-Maldonado., Mendoza-Núñez, V. M., & Vivaldo-Martinez M., (2016). What Is the Onset Age of Human Aging and Old Age?, *Int J Gerontol. International Journal of Gerontology*, 10 (56), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijge.2015.06.004>

Martínez -Maldonado., Mendoza- Núñez, V. M., & Vivaldo- Martinez M., (2017). Modelo comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad. *Rev. Med Inst Mex Seg Soc.* 56. 110-9.

Martínez-Maldonado., Mendoza-Núñez, V. M., & Vivaldo-Martinez M., (2018). Modelo comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 56 (1) ,110-121. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457754907016/457754907016.pdf>

Poblete, F. Matus, C. Díaz, E. Vidal, P. & Ayala, M. (2015). Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. *Revista de Ciencias de la Actividad Física UCM.* N° 16 (2), 71-77. <https://revistacaf.ucm.cl/article/view/80/84>

Páez, F., & Robles, R., (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (panas). *Salud Mental*, 26 (1), 69-75. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58212608.pdf>

Rojas-Barahona, C. A, Förster M, Carla E., & Zegers P, B.. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009>

Scherer, K.R. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, 44, 695-729

World Health Organization.(2015). World report on ageing and health. World Health Organization <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

## En ruedas de niño a adulto: historia de vida de un adulto con discapacidad motriz

Valery Patricia Mejía Ramírez<sup>12</sup>, Evangelina Vázquez Carrillo<sup>13</sup> y Fany Lucero Gonzalez Carmona<sup>14</sup>.

México, Tlalnepantla de Baz, a 14 de junio de 2023

### Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo conocer los significados que construye una persona que creció con una discapacidad motriz en torno a la experiencia de vivir su infancia y adolescencia en una silla de ruedas. Partimos de un enfoque de la psicología cultural y se llevó a cabo una investigación desde la metodología cualitativa, con base en observaciones participantes en una asociación civil para personas que usan silla de ruedas y una serie de entrevistas en profundidad con un participante hombre de 26 años con discapacidad motriz. Se empleó la triangulación intramétodos y se consideró el criterio de saturación de información para dar por concluidos los encuentros. Se construyeron cuatro ejes temáticos para analizar las vivencias familiares, escolares, en las relaciones de pareja y la relevancia de las redes de apoyo en la vivencia de la discapacidad. Se concluye resaltando la relevancia de las interacciones y las redes de apoyo para propiciar la autonomía e independencia de las personas con discapacidad, quienes en diversas ocasiones se ven solo limitados por las estructuras sociales y los ideales de sobreprotección y paternalismo. Es fundamental reflexionar sobre la relevancia de abrir paso a nuevas dinámicas a través de los artefactos, las estructuras y las posturas sociales para mejorar y facilitar la vida cotidiana de esta población, siempre desde sus propias voces y dando paso a la escucha de sus vivencias.

Palabras clave: discapacidad, vivencias, identidades, investigación cualitativa

### Introducción

Hablar de discapacidad motriz puede remitirnos a pensar en una gran cantidad de padecimientos, diversas explicaciones orgánicas y repercusiones psicológicas. Así, desde el modelo médico se apuntala que la discapacidad motriz puede ser de origen congénito, desde el nacimiento, o por causas adquiridas durante el desarrollo del individuo como algún traumatismo, enfermedades degenerativas como algunas distrofias musculares, y puede ser permanente o temporal. La mayoría de estas afectaciones dificultan o imposibilitan la movilidad funcional de una o varias partes del

---

<sup>12</sup> Estudiante de la Carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.  
valery251010@gmail.com

<sup>13</sup> Estudiante de la Carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.  
evangelina.vazquez.c@gmail.com

<sup>14</sup> Profesora de Asignatura de la Carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.  
fany.gonzalez@iztacala.unam.mx

cuerpo (Padilla-Muñoz, 2010) lo que redundará en limitaciones de participación en situaciones de cotidianidad.

Este tipo de miradas en torno a la discapacidad suelen estar basadas en el planteamiento centrado en los cuerpos heteronormados, es decir, señalando la diferencia que tienen las personas consideradas con discapacidad. Al respecto, diversas investigaciones en las que se ha buscado identificar las maneras en que las personas con discapacidad y sus familias se integran a los diferentes entornos en que participan, las reacciones de los miembros ante el diagnóstico y en general las repercusiones en la dinámica familiar (Antonio, 2022; Hurtado et al, 2012; Santa, 2019). A partir de este tipo de indagaciones es que se han realizado distintas propuestas de intervención desde disciplinas varias, incluida por supuesto, la psicología (Cruz, 2022), para favorecer la ya señalada inclusión.

Vemos en este tipo de estudios, que se aborda de manera general a la familia del individuo con discapacidad, opacando la unicidad de la persona con esta condición, como si no tuviera las posibilidades de expresarse por sí mismo. Ahora bien, en otras investigaciones también se ha pretendido atender a este punto y ahondar en las experiencias de las personas con discapacidad, con un matiz específico en torno a la aceptación o rechazo de la discapacidad motriz (Saldivar y Alvarado, 2020), es decir, aparece nuevamente una mirada desde el cuerpo “normativo”, un abordaje hegemónico en un intento por homogeneizar las formas de vivir con y sin discapacidad.

En contraposición a estos planteamientos, en la presente investigación nos enfocamos en la relevancia de escuchar las voces de las propias personas con discapacidad para comprender sus vivencias, ahondar en las vicisitudes desde sus propias miradas y sobre todo, repensar las maneras en que nos relacionamos, en que proponemos intervenciones, soluciones y desarrollamos lo que hemos de llamar inclusión o integración en los diferentes contextos de práctica social.

Para lograrlo, partimos de un modelo de la psicología cultural, desde el que se afirma que la mente y la cultura se constituyen mutuamente (Cubero y Santamaría, 2005), es decir, que los procesos psicológicos se configuran en y a través de las prácticas sociales en las que participa el individuo. A su vez, las personas mediante nuestras participaciones en los diversos contextos de práctica social, vamos reproduciendo y transformando la cultura, los significados y las pautas de comportamiento e interacción.

Así, desde este enfoque teórico entendemos que la discapacidad es un fenómeno complejo, que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (Acuña, 2019). Queremos enfatizar que la discapacidad es el resultado de un proceso histórico que está en constante evolución y que adquiere significado por medio del contexto en el que se presenta. De ese modo, apuntalamos que la persona con discapacidad se sitúa en diversos contextos de práctica social en donde se han configurado símbolos, significados y posturas en torno al mundo que le rodea y que serán el cimiento que permitirá o limitará su desarrollo, autonomía y posicionamiento social.

En consonancia, Rosato et.al, (2009) exponen que la discapacidad se desarrolla por medio de una estructura de producción económica-social, referente a la cultura de una sociedad particular generada por el entorno y los individuos. Así, podemos ver que la discapacidad va más allá de los meros elementos orgánicos y se vincula plenamente con los aspectos sociales, históricos y culturales; esto también permite entender que no existe una sola vivencia de la discapacidad, sino que, cada individuo, desde su participación en los distintos contextos, la experimentará de maneras particulares, pero que existen pautas sociales, culturales específicas que se reproducen en la práctica constante y que llevan a la configuración de una noción de la discapacidad, en este caso motriz.

Particularmente, cuando hablamos de la discapacidad congénita, es necesario pensar en los posicionamientos sociales que se le asignan a los bebés y niños con discapacidad, pero también a los adolescentes y adultos; así las personas durante su trayectoria de vida experimentan tratos diversos dependiendo de su condición etaria, del diagnóstico de la discapacidad y el pronóstico a futuro y otros elementos que entran lo médico con lo psicológico y lo social.

Así, Pousada (2011), menciona que la dependencia en la motricidad tiene un impacto negativo en la adquisición de capacidades cognitivas y psicosociales, en jóvenes con discapacidad. A pesar de ello, pueden adquirir perfectamente las habilidades necesarias para el manejo de una silla de ruedas, lo que permite difuminar algunas de estas barreras y propiciar en algunos casos cierta autonomía.

Desde este panorama teórico, partimos para el planteamiento de la presente investigación, cuyo interés central surge a partir de la propia experiencia de una práctica supervisada en investigación psicológica con personas con discapacidad usuarias de sillas de ruedas (como explicaremos en el apartado metodológico); pero que busca también abonar al campo del conocimiento en torno a los estudios sobre las personas con discapacidad motriz congénita, específicamente desde la psicología. Así, como profesionales de la salud también es de nuestro interés principal no sólo plantear una propuesta de intervención para la inclusión desde la mirada del supuesto saber del profesional, sino desde las voces de quienes la viven en el día a día.

Por lo anterior, planteamos como objetivo para la presente investigación conocer los significados que construye una persona que creció con una discapacidad motriz en torno a la experiencia de vivir su infancia y adolescencia en una silla de ruedas.

## Método

Para darle respuesta a las preguntas de investigación: ¿Cuáles son los significados que construye una persona que creció con una discapacidad motriz a la experiencia de vivir su infancia y adolescencia en una silla de ruedas? Se empleó la metodología cualitativa, debido a que esta nos permite entender los significados que construyen las personas en torno a las prácticas en las que participan en los diferentes contextos. Esta metodología es pertinente, en tanto el objetivo siempre

está puesto en la comprensión y en la interpretación desde la perspectiva individual y colectiva del individuo (Taylor y Bogdan, 1990).

Además del objetivo general, planteamos los siguientes objetivos específicos:

Conocer las experiencias que tuvo dentro del contexto familiar y escolar, desde su condición de integrante en silla de ruedas.

Identificar las maneras en que su participación en distintas instituciones ha impactado en su desarrollo personal/ profesional /social.

Identificar algunas de las experiencias amorosas que ha construido a lo largo de su vida.

Reconocer las posibilidades de independencia y autonomía que tiene como persona con discapacidad.

### Participante

El participante, que por motivos de privacidad nombraremos Juan, es un hombre de 26 años, usuario de silla de ruedas a causa de mielomeningocele e hidrocefalia. Es soltero, tiene una formación profesional en sistemas, y trabaja en el negocio familiar de venta de comida. Vive con su familia nuclear conformada por sus padres, un hermano mayor y la esposa de este último.

### Instrumentos

Observación participante: esta estrategia es empleada en la investigación cualitativa para responder preguntas de investigación, pero también para identificar elementos de análisis, conocer las estructuras sociales que subyacen en cada grupo a estudiar, así como para permitir al investigador introducirse a las prácticas de las personas con quienes está trabajando y construir los cuestionamientos que guiarán la investigación (Kawulich, 2005).

Nota de campo: Se pueden ser consideradas como “pequeñas partículas” de escritura que permiten clarificar, explicar y/o profundizar en temas que ayuden a la recolección de datos (Marín-Olán, 2021). La nota de campo permite recuperar información de la observación participante así como la manera en que se vivió lo ocurrido

Entrevista en profundidad: La entrevista es una conversación entre dos o más personas, donde el entrevistador hace preguntas para comprender las perspectivas, situaciones, problemas y soluciones de los entrevistados con sus propias palabras (Hernández, et. al, 2010), a partir de esta estrategia es posible acceder a los relatos de vida de los participantes.

## Procedimiento

Esta investigación se llevó a cabo en el marco de una práctica supervisada, parte del plan de estudios de la carrera de psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la UNAM. Por ello, la inserción al trabajo de campo estuvo determinada por la negociación previa establecida por la docente encargada de la misma. A continuación, detallamos las fases en que se llevó a cabo el presente estudio.

### Fase 1. Introducción al campo

Como ya se mencionó, la profesora responsable de la práctica de investigación tiene antecedentes en el trabajo en la asociación civil que se encarga de apoyar a las personas con discapacidad motriz y usuarias de silla de ruedas a promover su independencia en las actividades del día a día, como pasar de la cama a la silla, al sanitario, subir o bajar escaleras o banquetas por sí mismos, etc. Comenzamos a acudir cada miércoles en un horario de 9 am a 1 pm a implicarnos en sus actividades cotidianas. En cada sesión llevamos a cabo la observación participante y elaboramos las notas de campo como registros de todo lo ocurrido.

### Fase 2 planteamiento y problematización

De manera paralela a las observaciones, en las asesorías con la docente fuimos construyendo, la problemática a abordar a partir de las observaciones y conversaciones informales con los miembros. Se llevó a cabo una profunda revisión teórica y se retomó el marco teórico de la psicología cultural ya indicado para conceptualizar la discapacidad. Diseñamos la metodología y seleccionamos las herramientas y estrategias que emplearíamos para acercarnos a este objetivo.

### Fase 3. Negociación

Una vez definido el propósito de la investigación, seleccionamos a partir de un muestreo por conveniencia al participante cuyas características nos permitían acercarnos a nuestro objetivo de interés. Así, nos dirigimos a él para plantear su participación en este estudio, especificamos cada detalle y presentamos el formato de consentimiento informado. El participante accedió y se estableció por común acuerdo el lugar y los horarios en que se llevarían a cabo las entrevistas.

### Fase 4. Entrevistas en profundidad

En esta fase, se llevaron a cabo cuatro sesiones de duración aproximada de 2 horas cada una, en las que se abordaron diversos tópicos que nos permitieron acceder a las vivencias y significados que el participante ha construido en su trayectoria de vida como usuario de silla de ruedas; cada

encuentro fue audiograbado y posteriormente transcrito. El término de las sesiones estuvo determinado por el criterio de saturación de la información.

#### Fase 5. Análisis de las entrevistas

El análisis cualitativo se caracteriza por ser un proceso continuo y no un elemento final de la investigación, por lo que, mientras se transcribió cada entrevista, se llevaron a cabo notas teóricas, metodológicas y personales de la información y así se construyeron los datos que permitieron retroalimentar al guía de entrevista para cada sesión, al tiempo que se fue vinculando con la teoría y elaborando las interpretaciones desde una mirada fenomenológica. Es importante señalar que este análisis estuvo sustentado por una triangulación metodológica, pues como ya indicamos, desarrollamos las entrevistas y las observaciones participantes, de modo que en ellas fue posible ir identificando y corroborando aquellos relatos que el participante nos compartía. Al finalizar construimos cuatro ejes temáticos o categorías de información que presentaremos en el siguiente apartado.

#### Fase 6. Devolución y salida de campo

Mientras construimos el análisis, comentamos con el participante los hallazgos y finalmente, realizamos una presentación del trabajo final, para dar a conocer los hallazgos y conclusiones principales. El término del semestre fue el momento en el que tuvimos que finalizar formalmente con el trabajo de campo, por lo que realizamos la despedida con todos los miembros de la asociación. En ese momento, presentamos también un material que elaboramos para ellos, en el que explicamos qué es el mielomeningocele, causas, consecuencias y posibilidades de desarrollo que tiene la persona con dicho diagnóstico, de modo que sirva como apoyo para las familias que asisten a la asociación y puedan familiarizarse con las implicaciones de tener esta condición médica.

#### Aspectos éticos del desarrollo de la investigación

Este estudio se apegó al código ético del psicólogo, buscando salvaguardar la integridad y el bienestar de todos los implicados, asegurando que las personas no sean expuestas a alguna posible afectación física o psicológica, así como la privacidad y protección de datos. En todo momento nos aseguramos de que la persona participaba de manera voluntaria y poseía el conocimiento necesario para tomar dicha decisión informadamente.

## Análisis de datos

En este apartado se desarrollaron las temáticas que se abordaron en las diferentes entrevistas que se realizaron a Juan. Para contextualizar, queremos señalar como datos generales que Juan se desarrolla dentro de una familia nuclear, religiosa y compuesta por: padre, madre, hermano mayor, menor y él.

## El papel de la familia en el desarrollo de la identidad y la posición de Juan

Dentro de este apartado analizaremos a partir del discurso de Juan, algunas de las vivencias familiares desde la infancia y durante la adolescencia. Veremos específicamente que la relación con su padre está permeada por el conflicto producto de la sobreprotección estrechamente relacionada con su discapacidad.

Su estructura familiar corresponde a una asignación de roles típica dentro del contexto mexicano. Como lo mencionan Montalván-Bermello y Cevallos-Zambrano (2019) al ser la familia el sistema directo en el cual se adquieren las interacciones humanas, se vuelven una parte fundamental en el desarrollo de la socialización de las personas. A partir de ello, las investigadoras identificamos las formas en que Juan se posiciona como elemento fundamental de su familia y resalta constantemente los fuertes lazos que existen entre los miembros, quienes le ha apoyado:

“Mi infancia, pues de verdad, sí fue muy, fue muy complicada por todo, todo el proceso que viví, de que cirugías y hospitales, que para allá y para acá, pero fue bonita porque todo el tiempo, por ejemplo, todo mis hermanos, mis papás, mis tíos, o sea la familia que somos así como que más allegada todo el tiempo estuvimos, estuvieron junto conmigo...”

Desde estos primeros relatos, Juan nos permite ver algunos elementos constitutivos de su identidad, entre los que está ser una pieza central de la dinámica familiar y para continuar reproduciendo estas prácticas de lo que denomina apoyo, busca implicarse constantemente a pesar de las limitantes que le ponen debido a su discapacidad. Su padre, específicamente, parece tener un trato distinto hacia él, a diferencia de lo que hace con los hermanos de Juan, como lo expresó en diferentes momentos:

“...a las 9 pm en punto tengo que llegar, y (...) sí, por ejemplo, un ejemplo, hay tráfico yo le voy, yo le voy a hablar y le puedo decir, sabes qué, hay tráfico, llegó nueve y cuarto, un ejemplo, y si a las 9:16 no estás hablándole o tocándole el claxon para que te baje abrir, y es así como que te está marcando...”

“... yo quería el concierto de Ramón Ayala y mis papás me dijeron no, no vas porque hay escaleras... bueno ya ahora ¡órale!, como quieran ya no voy a discutir...”

En ambos ejemplos, Juan se presenta como el hijo obediente, preocupado por seguir las indicaciones de su padre para evitar problemas con él. Con esta postura nos permite ver cómo en la familia de Juan se procura un mayor cuidado de él debido a su uso de la silla de ruedas y lo que esto representa para la realización de distintas actividades.

Si bien Juan acata en su mayoría estas órdenes, es importante resaltar que, la necesidad de pertenencia a las prácticas familiares de la misma forma que lo hacen los demás miembros de esta, lo han llevado a confrontar a su padre:

“... Le dije a mi papá, le digo: llévame, llévame (refiriéndose al puesto de comida), porque yo quiero aprender el negocio.

Yo quiero aprender ¡tu negocio!, llévame.”

“... Mi papá tenía mucho miedo, dice. No, es que ¡Cómo crees!, ¿Qué vas a hacer tú? Mira por lo que yo sé, pues tú limpias los platos, yo los puedo limpiar, déjame hacerlo, vamos, es más, vamos los dos, ¿seguro? ¡Sí, vamos!. Ya hasta me fui bien vestidito y así, ¿no?...”

En estas relaciones familiares, Juan se ha esforzado por mantener los lazos afectivos y ser partícipe de las interacciones cotidianas. Para él, resulta fundamental demostrar que puede realizar actividades como lo hacen sus hermanos y su propio padre, lo que nos habla de esta construcción de la masculinidad hegemónica (como veremos también más adelante).

Es a partir de este proceso de confrontación con el padre que Juan se legitima como hijo similar a sus hermanos, procurando enfatizar que la discapacidad no le impide participar con la familia de distintas maneras.

En síntesis, vemos la relevancia que tiene el negocio familiar en la vida de Juan, pues por un lado le permite legitimarse como persona capaz de realizar un trabajo y por el otro de afianzar su autonomía con la familia. Ahora pasaremos a hablar de otro de los principales contextos en los que Juan vivió su infancia, que es el académico.

La vivencia escolar en una escuela para cuerpos normativos del 2001 al 2018

A continuación, en este apartado hablaremos acerca de las vivencias escolares de Juan, que dentro de su narración toman importancia, específicamente por la forma de relacionarse con sus pares y las decisiones implicadas en ello.

En el momento que se abordan las primeras experiencias que tiene Juan respecto a la escuela, menciona que el kínder, estuvo marcado en su mayoría por operaciones, sin embargo, toma relevancia el apoyo que le dieron sus compañeros, hecho que dista de las relaciones que construyó en primaria y secundaria donde vivió bullying. Por consecuencia de esto se puede entender la postura actual que toma Juan, respecto a la búsqueda de formar nuevos lazos de amistad y mantener a los amigos que tiene, específicamente en la asociación.

Dentro de las vivencias escolares que surgen en la narrativa de Juan, la violencia es una constante, entre estas se puede destacar: el humillar en público, intimidar, descalificar y golpear, las cuales Juan recibe por parte de algunos de sus compañeros y profesores. Esto va marcando su posición dentro de la escuela, no solo como persona discapacitada sino también como persona agraviada por compañeros con cuerpos normativos, como vemos en el siguiente ejemplo:

“De lo que fue primaria, secundaria, sufrí mucho el bullying, mucho, mucho bullying. Mhm de palabras no que me llegaran y me pegaran no, pero fue de, de palabras. Sí, muy complicado. Entonces te digo yo con mis compañeros de la primaria, secundaria decir que con uno sí me frecuentó mucho, así como que, los veo en la calle, ¡Quiubole!, ¿Cómo estás? Y así, pero no es así como que tú digas exactamente vente, vamos a tomarnos un café, no”.

Por otra parte, dentro de la narrativa del entrevistado también se observa el impacto positivo que tiene el poder integrarse con sus pares en actividades físicas y deportivas a pesar de su condición, actividades que a lo largo del tiempo se vuelven fundamentales para el desarrollo de su identidad, la creación, posturas y el desarrollo de habilidades físicas, emocionales y cotidianas. Es así que comienza a conformar su identidad como persona discapacitada que se destaca dentro de los deportes.

“Era, era, era, eran muy buenos los maestros (refiriéndose a sus maestros de educación física), eh, lo que era en la primaria me trataban de incluir mucho (...) tanto en primaria como en secundaria me tenían muy muy muy unido, por ejemplo, ya se ponían a jugar fútbol, a mí me ponían a jugar— ya ven que les platiqué que jugaba el voleibol y así (...) ¿a ustedes les tocó en la primaria, eh... las carreras de, de carretilla? que te agarraban. en los pies y te ibas así corriendo (...) yo ahí, ahí me, me incluían.”

Las investigadoras atribuimos el contraste de las narrativas que Juan menciona, respecto a la escuela, a que las posiciones cambian dependiendo del contexto, que abarca desde el espacio físico, hasta las personas involucradas. De tal manera que existía una distinción entre la posición que Juan mantenía dentro del aula y en áreas comunes como es el receso o en clase de educación física.

Zhizhko (2020) menciona que la condición de discapacidad crea prejuicios donde clasificamos a las personas en “normales” “competentes” y “anormales” “incapaces” creando así una participación limitada, por parte de los discapacitados, en la sociedad generando la discriminación.

Finalmente, el entrar a la Escuela De Artes y Oficios (EDAYO), ya como un adulto joven, Juan se posiciona no como una persona con discapacidad sino como un hombre que cumple con las características de la masculinidad hegemónica y comienza a conformar elementos de su identidad diferentes a los del pasado en el que era el niño que vivía acoso.

“... Entonces yo ahí (refiriéndose al EDAYO) conocí esa chava y era más grande que yo, o sea, y ella sí me dijo, es que yo quiero intentarlo contigo, o sea, yo quiero estar contigo y pues yo dije, pues yo también, pues sí, pues ni modo de decir que no, pues sí, entonces este, ya se dio y todo...”

En este discurso presenta ante nosotras su identidad como un hombre “varonil” que logró conquistar a una mujer mayor que él y sin discapacidad. Posteriormente comentó que era la chica más bonita y codiciada de la escuela, lo que lo posicionó como una persona importante en este contexto escolar.

Para resumir, en este eje abordamos cómo fue la vivencia de Juan, en escuelas pensadas para cuerpos hegemónicos, además de su trayectoria escolar y cómo esta fue cambiando a partir de las posturas personales que se fueron edificando y volviéndose parte de su identidad. Su entrada al EDAYO da paso a lazos afectivos más allá de la amistad, lo que se analizará en el siguiente apartado.

Sus relaciones afectivas y las dinámicas amorosas desde su condición en silla de ruedas

Juan se identifica como un hombre heterosexual, el cual comienza sus relaciones amorosas a los 16 con su primera novia, propiciando un cambio en sus posturas acerca de qué es una relación, sumado a que dentro de su contexto familiar la postura de su papá es de un hombre que ejerce una masculinidad hegemónica y esta parece ser la expectativa que Juan tiene al construir una relación de pareja, que sea la antesala de una familia.

A continuación, se abordará la postura que Juan tiene respecto a sus relaciones amorosas, cómo deben ser dichas relaciones y cómo debe ser el actuar de la mujer, así como lo que, desde su perspectiva, él debe aportar y ser dentro de una relación, a partir de la estructura patriarcal machista que refleja su trayectoria de vida y su identidad como hombre (con discapacidad) educado dentro de una familia, religiosa, con la figura paterna como jefe de familia, con un ingreso económico sostenible.

Resalta, principalmente, la integración de su sexualidad como acto reproductivo y el impacto que lo económico tiene en la construcción de su ideal de mujer y los aportes que Juan debe dar, como se observa en el siguiente fragmento de entrevista:

“... Que ellos decían (los familiares de su novia) que, pues, yo cómo iba a poder hacer algo con esta chava, entonces... yo fui y hablé con ella (mamá de su novia), mire señora, ¿sabe qué?, yo aquí estoy... Si el día de mañana nos llegamos a casar, yo a su hija la voy a mantener y sin ningún problema. Eh... yo no voy a llegar aquí con usted, señora, ¿me presta 1000 pesos para darle de comer a su hija? no señora, ¡cómo cree! [mamá de la novia: No, no, pues, es que en la condición en la que estás tú, ¿cómo vas a trabajar?], yo trabajo señora, yo tengo mi propio trabajo y voy a tener mi propio negocio...”

Es así que Juan se percibe con una identidad dominante y autoritaria sustentada en una estructura económica de poder, ya que a lo largo de su discurso se observa que el trabajo que desempeña en el negocio familiar lo provee de una estabilidad económica y un sustento que él considera suficiente para mantenerse a sí mismo y a una familia. Esta capacidad adquisitiva determina su identidad, no solo como persona en silla de ruedas, sino como un hombre capaz de ser proveedor y jefe de familia, mostrando querer compensar el no ser una persona con cuerpo normativo, con el tener solvencia económica.

Esto se puede deber a que Juan, al ser una persona con discapacidad, ante la sociedad y el constructo social en el que él se rige, tiene menor valor masculino, por lo tanto, busca suplirlo con una postura que le permita compensar el hecho de no ser lo que socialmente consideramos masculino, por lo que le interesa mantener en todo momento su postura de “caballero”, lo que solidifica la trayectoria de vida de Juan, como persona que debe respetar ciertas “normas” impuestas por la sociedad.

“... Con una pareja que yo llegue a tener, si llega a pasar algo (refiriéndose a tener relaciones sexuales) antes de que yo me casé con esta persona, yo en ese momento me caso, o sea, si es que en ese momento resulta un hijo, yo en ese momento me caso.”

La postura de Juan parece marcar el hecho de mantener relaciones sexuales con la finalidad principal de procreación. En ello también podemos identificar elementos importantes en la configuración de su identidad masculina pues el rol no solo de proveedor sino de padre resulta también fundamental para el participante y representa un anhelo importante a cumplir. Vinculado a esto, en diversas ocasiones, Juan también manifestó la postura que tiene en torno a la actitud que considera apropiada para una mujer, específicamente aquella que pueda ser su pareja sentimental, quien debe ser reservada y en sí, cumplir con lo que culturalmente se asigna como cualidades fundamentales de una mujer.

Para sintetizar, en este eje de análisis, pudimos identificar las maneras en que Juan configura algunos elementos de su identidad vinculados con las imposiciones de género, presentándose como un hombre que aun en el uso de la silla de ruedas, cumple con los estándares del sistema normativo.

Como se observa a lo largo del presente trabajo, Juan cuenta con distintas personas que han sido parte importante en el desarrollo de su identidad en conjunto con sus posturas, es por ello que en el siguiente y último apartado se abarcaran las redes de apoyo que han propiciado que Juan desarrolle su independencia.

Las instituciones y redes de apoyo para personas con discapacidad.

En este eje destacaremos algunas de las personas, instituciones y redes de apoyo más importantes en la trayectoria de vida de Juan, pues desde su infancia ha formado parte de diferentes contextos de apoyo para atender a nivel médico y orgánico su discapacidad, como fue inicialmente el TELETON

“... Una doctora llegó y me dijo: oye Juan, por ti ya no podemos hacer nada. Ya este... tú te vas a ganar tu silla de ruedas y hazle como quieras, aunque tus papás gasten todo el dinero del mundo, tú ya no vas a caminar. Tú sabes que aquí tu ciclo se cerró así”

“... Y de ahí (del TELETON), por lo mismo, de que yo no quería aceptar muy bien mi discapacidad, buscamos, al grupo donde, este... donde yo estuve por primera vez. En donde conocí yo, a Camila (quien lo lleva a la asociación donde actualmente participa) yo ahí en ese grupo, este por medio del DIF, porque esa, esta doctora daba como consultas, como tipo psicología en el DIF, pero, pero grupales, entonces estábamos así en un lugar y éramos varias personas con discapacidad, nos platicamos nuestros problemas y así. Entonces la doctora, esta me vio y me dijo: Oye ¿Qué crees? Yo tengo algo para ti. Dice, te voy a llevar con un maestro que entrena para lo de los paralímpicos, [Juan: ¡ándele, pues! Es algo nuevo para mí y lo voy a intentar]. Me llevó, me lo presentó y todo, y este con él, yo aprendí muchísimas cosas por él, por ese maestro...”

Identificamos en el discurso de Juan, una sensación de desamparo por parte de la institución que lo abandona y que era su red de apoyo. Así debe asumir su posición como persona con discapacidad y a partir de la entrada a esta nueva asociación, reconfigura elementos de su identidad para ser ahora un joven deportista, resignifica el uso de la silla de ruedas, particularmente debido a las enseñanzas específicas de quien fuera su maestro, pues como veremos en los siguientes relatos, le permite participar de otras actividades que nunca consideró que podría realizar

“... En una de esas me dice este maestro, oye, dice: ¿Sabes manejar? Le digo: no maestro, pues la verdad, pues yo nunca he agarrado un carro. Yo te voy a enseñar, ¡sí, yo te voy a enseñar! (dice el maestro), pero así bien seguro de sí mismo, yo le digo que pues ¡órale! Vamos...”

El aprendizaje de esta nueva habilidad le otorgó mayor libertad, mayor seguridad e independencia, pues ahora dispone de su propio auto adaptado y puede transportarse libremente sin necesidad de que alguien lo lleve. Así acude a su trabajo, a la asociación, a las salidas con amistades y más. Además de ello, le permite configurar su identidad como persona en silla de ruedas, capaz de valerse por sí mismo.

Es a partir de estas experiencias que Juan también se convierte en instructor de la asociación pues busca ayudar a otros a manejar su silla y conquistar cierta independencia.

Recapitulando, la trayectoria de Juan en asociaciones de apoyo comenzó dentro del TELETÓN, donde asumió su discapacidad. Posteriormente llega al grupo de apoyo del DIF, en donde tiene el acercamiento con el profesor que lo prepara para hacer deportes y en donde también conoce a quien lo llevaría a la asociación actual. En ella es un líder e instructor que tiene una influencia en los integrantes, lo que lo posiciona ante sí mismo y ante los demás como una persona muy importante y ejemplo de independencia.

En síntesis, pudimos capturar un poco de la trayectoria de vida de Juan, las vicisitudes y los momentos de agrado durante la infancia y la adolescencia al ser una persona con discapacidad. Vemos la relevancia de la configuración familiar y de la posibilidad de contar con redes de apoyo que permiten un desarrollo favorable aun ante diagnósticos médicos poco favorables.

## Discusión

Para cerrar, es importante retomar que el objetivo de la investigación fue conocer los significados que construye una persona que creció con una discapacidad motriz a la experiencia de vivir su infancia y adolescencia en una silla de ruedas.

Desde la teoría que partimos, que es el enfoque sociocultural de la psicología, entendemos que la persona está siempre situada en contextos de práctica social en los que configura elementos de sus identidades a partir de la posición social que asume y las posturas que configura en torno al mundo que le rodea. En el caso de Juan, podemos ver que la discapacidad va más allá de un diagnóstico o de las posibilidades de movilidad que tiene; se trata de un entramado entre la estructura social, familiar, las redes de apoyo y otros elementos que llevan a propiciar la autonomía y aminorar las barreras que discapacitan.

Con base a lo anterior, se retoma a Acuña (2019) quien menciona que la discapacidad es un fenómeno complejo, que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. Durante las entrevistas que le realizamos a Juan logramos identificar cómo las estructuras arquitectónicas no están pensadas para cuerpos diversos como el de Juan, lo que lo conlleva a adaptarse a ellas o ser excluido de ciertos eventos sociales y/o privados. Lo anterior nos lleva a afirmar nuevamente que la discapacidad es producto de un sistema social, más que simplemente basarse en la condición física de la persona..

Por otro lado, en el analógico se puso de manifiesto que la falta de libertad para poder desplazarse a distintos lugares y desarrollar experiencias más allá de los contextos asignados y/o permitidos por su familia es algo constante, lo que Díaz (2010) refiere al hecho de limitar la autonomía que impide el desarrollo de potencialidades de una persona. El caso de Juan nos permite ver que es necesario transformar las condiciones estructurales pues empleando incluso la creatividad y el ingenio es posible que las personas con discapacidad motriz como la de él lleven a cabo gran cantidad de actividades que se piensa que no son propias de ellos, o que se les debe sobreproteger y privar de experiencias para las que no se les considera aptos.

Vimos que ciertas personas singulares como lo son amigos, y algunos artefactos como la silla de ruedas semi deportiva y el auto modificado, permiten no solo el desarrollo de una autonomía, sino también tener experiencias diversas, construir expectativas y desarrollar su identidad con cierta independencia.

A su vez, como lo menciona Rosato, et, al. (2009) la discapacidad se desarrolla por medio de una estructura de producción económica-social, esto se logra apreciar en Juan debido al impacto de lo económico para el desarrollo de su identidad, ya que propicia los medios en los cuales se puede apoyar una persona con discapacidad haciendo uso de diversas herramientas para sortear barreras, hecho que debe ser contemplado incluso para que el diseño urbano rebase la construcción de rampas en las calles.

## Conclusiones

En resumen, podemos señalar que es fundamental acercarnos a las diversas vivencias de las personas con discapacidad para reconocer los diferentes momentos en su trayectoria de vida que les llevan a configurar elementos de sus identidades, de modo que sea posible propiciar la

apropiación de la silla de ruedas como herramienta y extensión del sí mismo, favorecer la realización de actividades diversas y con ello, abrir posibilidades sociales de construir una autonomía e independencia. Con ello es posible comenzar a transformar las realidades sociales, posicionar a las personas con discapacidad desde otra perspectiva y por ende tejer otras redes de apoyo que rebasen la rehabilitación médica e impliquen el bienestar emocional y social.

A raíz de la información que se construyó junto a Juan se abren posibles investigaciones acerca de las vivencias de las personas en silla de ruedas, las cuales van desde el ejercicio de la sexualidad, las implicaciones del acceso a espacios públicos, la perspectiva de los hermanos al crecer junto a una persona con discapacidad y otros aspectos de las dinámicas familiares.

Hacer investigación de lo anteriormente mencionado, sería de ayuda para conocer y tener un precedente que permita indagar en las vivencias de las personas en silla de ruedas, para de esta manera lograr cambios estructurales y sociales en la conceptualización de una persona con discapacidad, siempre comenzando por dar paso a sus voces y reconocerles como miembros de la estructura social.

## Referencias

Acuña, A. I. (2019) Abordando la DIS-capacidad desde un análisis sociocultural-antropológico. *Asociación Latinoamericana de Sociología*. 18(11), 49-58.

Antonio, K. B. (2022). No me sentía como cualquier persona... pero logré adaptarme al cambio. Análisis de las vivencias y experiencias de las personas con discapacidad [Tesis para obtener el grado de licenciatura, Universidad de ciencias y artes de Chiapas].

Cruz, H.R. (2022). Intervención neuropsicológica desde el paradigma histórico- cultural a un menor de 10 años con mielomeningocele: estudio de caso único [Tesis para obtener el grado de maestro, Benemérita universidad autónoma de Puebla].

Cubero, P. y Santamaría, S. (2005) *Psicología Cultural: una aproximación conceptual e histórica al encuentro entre mente y cultura*. *Avances en Psicología Latinoamericana*. (23), 15-31

Díaz, V. E. (2010) ¿Políticas sociales de dependencia o de promoción de la autonomía? *Zerbitzuan*, 48, 33-4

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill.

Hurtado, F. M, Aguilar, Z. J, Mora, A. A, Sandoval, J. C, Peña, S. C y León, D. A. (2012) Identificación de las barreras del entorno que afectan la inclusión social de las personas con discapacidad motriz de miembros inferiores. *Salud Uninorte*, 28(2),227-237.

Kawulich, B. B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum: Qualitative Social Research*, 6 (2). Recuperado el 29 de abril de 2016 de [www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/466/999](http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/466/999)

Marín-Olán, P. (2021). Notas de campo. Esbozo de un texto Lazarillo para escritores. *Emerging Trends in Education*, 1(1), 72-93.

Montalván-Bermello, M . M y Cevallos-Zambrano, D.P. (2019). Análisis de las dinámicas familiares para el bienestar socioemocional de los hijos con discapacidad intelectual. *Revista científico-profesional*, 7(4), 77-95.

Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*, (16), 1692-8156.

Pousada, G. T. (2011). Impacto psicosocial de la silla de ruedas en la vida de las personas afectadas por una enfermedad neuromuscular. [Tesis doctoral] Universidad de Coruña.

Rosato, A., Angelino, A., Almeida, M. E., Angelino, C., Kippen, E., Sánchez, C., Spadillero, A., Vallejos, I., Zuttió, B. y Priolo, M. (2009). El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad. *Ciencia, docencia y tecnología*, 20(39), 87-105.

Saldívar, A. R y Alvarado, G. F. (2020). Aproximación a las experiencias de vida de jóvenes con discapacidad motriz. *Revista Panamericana de pedagogía. Saberes y quehaceres del pedagogo*, (30), 124-139.

Santa, E. V. (2019). La resiliencia en familias que viven la discapacidad, desde un enfoque centrado en la familia. *Revista Panamericana de pedagogía*, 27, 196-219.

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1990). La entrevista en profundidad. En *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación* (pp. 100-132). Buenos Aires: Paidós-Studio.

Zhizhki, E.A. (2020). Inclusión de los niños con capacidades diferentes en escuelas regulares en México: propósitos y realidades. *Andamios*, 43(17), 249-270

## Enseñanza del modelo de terapia breve y pensamiento sistémico en la estructura de la posición del cliente

Eleazar Gómez Balcázar

Brief Therapy Center México. CDMX. 11 de Agosto del 2023

### RESUMEN

El objetivo de esta investigación es mostrar el trabajo que se realiza en el Brief Therapy Center México, respecto a la enseñanza en el desarrollo de habilidades para la identificación de la posición del cliente en el mantenimiento de los problemas. Se cuenta como una referencia importante en el trabajo, el hacer uso del pensamiento Batesoniano para enseñar el modelo de terapia breve, en específico, la posición del cliente. La metodología consiste en la observación en vivo, la grabación en video, la transcripción, el modelamiento y la supervisión terapéutica en vivo. Se encontró que se puede hacer un análisis que nos permite enfatizar cómo se usa la posición del cliente en el modelo, y donde es necesario seguir un esquema de tipo cibernético para la enseñanza.

Palabras Clave: Posición del Cliente, Pensamiento Batesoniano, Terapia Breve.

### ABSTRACT

The purpose of this research is to show the work carried out at the Brief Therapy Center Mexico, regarding the teaching in the development of skills for the identification of the client's position in the maintenance of the problems. It is counted as an important reference at work, making use of Batesonian thought to teach the brief therapy model, specifically, the customer's position. The methodology consists of live observation, video recording, transcription, modeling and live therapeutic supervision. It was found that an analysis can be done that allows us to emphasize how the customer's position is used in the model, and where it is necessary to follow a cybernetic type scheme for teaching.

Keywords: Brief Therapy, client's position, Batesonian thought.

### INTRODUCCIÓN

El proyecto de Investigación del Brief Therapy Center (BTC) inició con el propósito de investigar la viabilidad de un proceso terapéutico de tiempo limitado, con técnicas que ofrecieran un resultado efectivo. Su metodología sigue la misma línea de trabajo del equipo de Bateson y la presencia de su pensamiento se observa en muchos de sus proyectos (Wittezaele y García, 1994).

En un primer momento, el proyecto del BTC contaba con un equipo de investigación conformado por los tres colaboradores del equipo de Bateson, John Weakland, Jay Haley y Don Jackson (Fisch, 2005); por lo que la metodología de investigación siguió los mismos preceptos, los cuales son:

Centrar la investigación conductual en la comunicación directamente observable.

Una preocupación deliberada por los aspectos que influyen en la comunicación de los cuales, la "información" es sólo uno.

Se tiene en cuenta que incluso los "hechos" más difíciles y los mensajes más claros están sujetos a diferentes interpretaciones.

Se pone atención a complejidades como la contradicción, en situaciones de comunicación.

En especial hay una atención a todo el sistema involucrado en cualquier interacción comunicativa.

El equipo disponía de unas horas a la semana para que todo el grupo discutiera y ayudara a planificar el tratamiento del terapeuta que vería al paciente; se esperaba que el terapeuta trajera las notas clínicas relevantes para ayudar en esa discusión.

Dado que el BTC ya tenía un espejo unidireccional con una sala de observación, se decide hacer la observación de la terapia y luego discutir la sesión inmediatamente después (Fisch, 2009, p. ix). Es decir, a un miembro del equipo se le asignaba la función de terapeuta principal mientras que los otros observaban detrás de un espejo unidireccional (Karin Schlanger, 2018, Comunicación personal), de esta manera se realizaba una grabación y transcripción de las sesiones.

Actualmente, en el BTC México, se sigue utilizando dicha metodología y en el proceso de enseñanza-aprendizaje se utilizan las grabaciones, que permiten el modelamiento de la actuación de los terapeutas originales (Weakland, Fisch y Watzlawick) y las supervisiones de casos en vivo con pacientes.

En el BTC se realiza investigación de tipo empírico, de ahí su énfasis en el comportamiento observable. Esta postura asume las ideas ya desarrolladas en la hipótesis del doble vínculo, en la que Bateson y su equipo señalan que su teoría de las comunicaciones está apoyada en la concepción de las tipologías lógicas de Russell y Whitehead (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956).

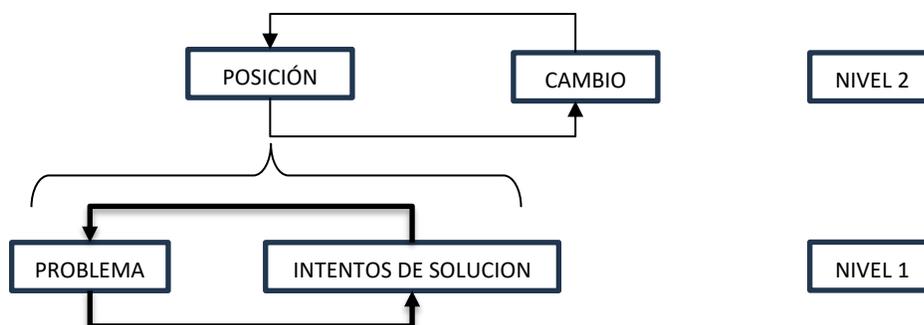
El trabajo que se realiza en el BTC está enfocado en analizar los componentes de la terapia breve como son: la definición del problema, el cambio mínimo, los intentos de solución, la posición del cliente, el pensamiento sistémico y las intervenciones. Dicho análisis se lleva a cabo utilizando la metodología propuesta por Bateson de tipo naturalista. Así, la conducta sintomática ha de insertarse en una secuencia recursiva de conductas y debe poseer una estructura de autocorrección. A través de preguntas específicas, se muestra la conexión entre los comportamientos que realiza la persona para aliviar el síntoma como única cosa razonable por hacer y su explicación o manera en que le da sentido. Es decir, su posición respecto del problema (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Otro aspecto importante a considerar como una premisa del modelo, es el de las soluciones intentadas que mantienen el problema. Hay que precisar que esta conclusión donde se establece que "la solución es el problema", necesita ser contextualizada a la luz de sus premisas conceptuales heredadas del pensamiento interaccional de Bateson (Fisch, 2009).

Al analizar las sesiones grabadas durante varios años (1967-1971), el BTC descubrió que las soluciones en realidad mantienen el problema. El comportamiento problema está conectado entonces con los comportamientos de solución a ese problema y al decir conectado se refiere a una secuencia de cosas en que se sigue una a otra. Se trata de un proceso y este proceso tiene las características de un circuito de retroalimentación (Keeney, 2017).

El modelo entiende como “problema”, al circuito de interacciones entre los comportamientos del problema y los comportamientos de los intentos de solucionar ese problema que autorregula constantemente (Fisch, 2009).

En este punto no hay que perder de vista que al tratar con sistemas complejos que se autorregulan, existen diversos niveles de interconexión. En este modelo se identificó un segundo nivel de conexión que juega un papel central para el mantenimiento del primer circuito identificado como (problema/soluciones intentadas).



Esquema 1.

El esquema 1 muestra cómo se conectan los circuitos en dos niveles diferentes.

Si se le esquematiza siguiendo la codificación cibernética (Keeney, 2017), se puede ver que lo que se denomina como posición del cliente está conectada con el circuito más concreto de comportamientos (Problema/soluciones intentadas).

La solución que el paciente asume para intentar resolver el problema, está determinada por lo que él considera como la única cosa razonable, saludable o salvadora que hay que hacer, a pesar de que dicha solución no es exitosa. Este aspecto en el modelo se denomina la “posición del cliente”, tiene que ver con aquellos valores, creencias y prioridades, que están fuertemente consolidados respecto de un aspecto en particular. Representa una inclinación interna y es con lo que se está más comprometido y que se ha manifestado abiertamente respecto de la situación problemática (Fisch, Weakland y Segal, 2003). De este modo se puede observar que la “posición del cliente” juega un papel de regulador en un orden superior del primer nivel que se corporiza por el circuito de comportamientos (problema/soluciones intentadas).

El proceso de enseñar a identificar y utilizar “posición del cliente” en el entrenamiento para los terapeutas aprendices, suele ser complicado. El planteamiento de una dimensión de tipo cognitivo

(valores y creencias) en relación a la interacción comportamental que enfatiza el modelo, puede provocar confusión, sin embargo, para el proceso de enseñanza, es necesario que se dé una congruencia entre las premisas del proceso de enseñanza y aprendizaje con los contenidos que se han de enseñar. En este caso se trata de considerar el proceso de aprendizaje de la “posición del cliente”, que va a tener el alumno en la perspectiva de la teoría de aprendizaje de Bateson. Es decir que lo que se plantea que se ha de aprender se entiende de acuerdo a lo que Bateson indica que son aprendizajes de tipo I o II o III. Y dependiendo del proceso de interacción que se lleva a cabo con los alumnos para aprender este aspecto del modelo de resolución de problemas, se diseña y se opera la didáctica a utilizar (Bateson, 1964).

En este sentido, el objetivo del presente trabajo es presentar la investigación que se realiza en el Brief Therapy Center México, respecto a la enseñanza en el desarrollo de habilidades para la identificación de la posición del cliente en el mantenimiento de los problemas con una perspectiva Batesoniana respecto del proceso de aprendizaje.

### Método

Para esta investigación se utilizó el Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas para la atención psicológica de los participantes, quienes solicitaron el servicio en el Brief Therapy Center México de manera voluntaria. A cada uno se le preguntó directamente si deseaban participar en el proyecto, pidiendo su autorización por escrito firmando un consentimiento para tal propósito. Con lo que se garantiza la privacidad de su información.

La investigación se llevó a cabo utilizando un formato de atención a distancia a través de la aplicación Zoom. Para su realización se llevó a cabo una videograbación y una transcripción del audio de dicho video, en la cual se identificaron los elementos del modelo.

### Resultados

Respecto a los resultados se encontró, a partir del análisis de las videograbaciones y las transcripciones, los siguientes puntos: en la secuencia de preguntas y respuestas, el terapeuta busca definir el circuito del problema y las soluciones intentadas, por un lado, y la posición del cliente por otro, como se muestra en la Tabla 1 en un fragmento de una sesión.

Tabla 1.		
	TRANSCRIPCIÓN	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN
CLIENTE	Pues yo creo que sí es importante tomar terapia familiar principalmente por mi papá y mi hermano que no han tomado terapia en su vida y si tienen pedos ellos.	En cuanto a postura, nos muestra la importancia que tiene para ella el tomar terapia.
TERAPEUTA	¿Pero ellos tendrían que tomar terapia para ellos? ¿O por que para la familia? Porque si tienen problemas ellos.	
CLIENTE	Ellos no han querido ir a terapia ellos y tienen pedos ellos, en su personalidad. Entonces eso hace que yo no me lleve bien con ellos y que haya discusiones o qué nos evitemos y así. Y por otro lado, lo que mi mamá mencionaba que no he hablado con mis hermanos abiertamente sobre el suicidio. Ellos saben que tomo medicamento, que voy al hospital y que tengo depresión, pero realmente no les he hablado más a fondo de mi trastorno y de los intentos de suicidio.	Por un lado, sigue mostrando su postura en cuanto a la terapia. Nos habla sobre el problema que tiene que ver con la interacción entre ella, su papá y su hermano. Además de mostrar uno de los intentos de solución que es el de evitarlos.

La tabla 1 muestra un fragmento de una sesión en donde se puede observar las preguntas realizadas por el terapeuta para poder captar la posición del cliente.

La forma en la que se utiliza el material obtenido para el proceso de enseñanza, es mostrar a los alumnos las videograbaciones, previamente editadas, en donde se muestran las partes de la estructura del Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas, en este caso los Intentos de Solución y la Posición del Cliente, a través de las preguntas que realiza el terapeuta.

### Discusión

El método de enseñanza utilizado por el Brief Therapy Center México es congruente con la metodología utilizada por Bateson, y con la construcción del Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas en sus orígenes. De lo que se hace, al grabar y ver estas grabaciones se generan circuitos de ajuste, que entre más se van viendo cosas, más se precisa lo que se tiene que hacer generando un circuito de corrección dirigido a identificar qué preguntas utilizar, qué escuchar

para hacer que pregunte, de qué manera enfrentar situaciones en las que la gente no contesta lo que se espera. Esto en sí es un modelo cibernético.

### Conclusión

Este estudio muestra las herramientas utilizadas en el método de enseñanza del Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas, que son las supervisiones en vivo, las grabaciones y transcripciones, su uso se hace de manera congruente con el pensamiento cibernético ya que en el proceso se crean circuitos de corrección y se considera como se da el aprendizaje ya sea en el nivel I, II o III, según la teoría de Bateson.

### Referencias

- Bateson, G. (1964). Las categorías lógicas del aprendizaje y la comunicación. En G. Bateson (Ed.). (1997), *Pasos hacia una ecología de la mente* (pp. 309-338). Carlos Lohle.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., y Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral science*, 1(4), 251-264.
- Beer, S. (1959). *Cybernetics and Management*. English Universities Press.
- Beer, S. (1970a). Managing modern complexity. *Futures*, 2(2), 114-122.
- Beer, S. (1970b). Managing modern complexity. *Futures*, 2(3), 245-257.
- Fisch, R. (2005). First Introduction to the Special Issue on the Mental Research Institute (MRI) Approach to Brief Therapy. *Journal of Brief Therapy*, 4(1-2), 1-4.
- Fisch, R. (2009). Introduction. En R. Fisch, W. A. Ray y K. Schlanger (Eds.), *Focused problem resolution: Selected papers of the MRI Brief Therapy Center*. (pp. ix-xiii). Zeig, Tucker & Theisen.
- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio*. Herder
- Keeney, B. (2017). *Aesthetics of change*. Guilford.
- Weakland, J. H. (2010). "Family Therapy" with Individuals. *Journal of Systemic Therapies*, 29(4), 40-48.
- Witzeaele, J.J. y García, T. (1994). *La Escuela de Palo Alto. Historia y Evolución de las Ideas Esenciales*. Herder.

## **Mesa 6**

Moderadora: Lic. Elisabet Carpio Macedo

## Terapia Familiar. Estudio del caso de una mujer jefa de familia bajo el modelo Estructural

Family therapy. Case study of a female head of the family under the Structural model.

Dulce Carolina Rodríguez García. México, Ciudad de México 28 de junio del 2023.

Resumen. Se presenta una breve descripción de modelo Estructural de terapia familiar y la descripción de un caso atendido de una mujer jefa de familia quien acudió en busca de atención psicológica para lograr mejorar la comunicación con sus hijos y lograr llegar a acuerdos parentales con su ex pareja, tras atravesar el curso de una composición tradicional madre, padre e hijo, a una reconstruida y posteriormente a una familia a monoparental, en el cual se intervino desde este modelo con la finalidad de introducir nuevas pautas de interacción para la modificación de la estructura familiar y la solución del motivo de consulta.

Abstrac. A brief description of the Structural model of family therapy is presented and the description of a case attended by a female head of the family who came in search of psychological attention to improve communication with her children and reach parental agreements with her ex-partner. after going through the course of a traditional mother, father and child composition, to a reconstructed one and later to a single-parent family, in which intervention was made from this model with the purpose of introducing new patterns of interaction for the modification of the family structure and the solution of the reason for consultation.

Palabras clave: Terapia familiar, modelo estructural, estudio de caso, intervención en familias.<sup>15</sup>

La familia es considerada como el núcleo primario del ser humano, Domínguez (2013) la define como el núcleo que provee de vivencias fundamentales al ser humano que le permiten desarrollar habilidades para establecer distintas formas de comunicación y enfrentar las dificultades; exponiendo que en este núcleo es donde se adoptan las primeras normas y valores, los cuales son fundamentales en la construcción de la personalidad, pues la organización al interior de la familia coadyuvará en la adaptación que el individuo tenga en la sociedad y en el tipo de interacciones que desarrolle con los demás. Asimismo Domínguez (2013), menciona que las vivencias que se dan en la cotidianidad de la vida familiar son un factor importante en la salud mental y la satisfacción personal.

En México la composición familiar ha tenido cambios sustanciales, tanto en las formas de organización, como en el tipo de relaciones que se establecen al interior de ella. El Consejo

---

<sup>15</sup> Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza  
Dulce Carolina Rodríguez García  
Correo: dul.rdgz96@gmail.com

Nacional de Población (2020) refiere que dichos cambios están ligados a factores como la disminución en la fecundidad, el aumento de la esperanza de vida, la transformación del rol de la mujer aumentando sus oportunidades e independencia económica. Esto se ha visto reflejado de manera destacable en los datos ofrecidos por la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (2018), que muestran un aumento de las familias en las que la mujer es jefa de familia, pues de 2008 a 2018 la tasa de crecimiento de hogares con mujeres jefas de familia aumentó un 12 por ciento mientras que los hogares con hombres jefes de familia aumentaron sólo el 4.4 por ciento en el mismo periodo.

Es importante tener presente estos cambios que han surgido en la composición familiar pues según Ackerman (1996 como se citó en Membrillo, 2008) esta es “la unidad básica de desarrollo y experiencia de realización y fracaso... Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud” (p. 42). Estas modificaciones llevan en muchas ocasiones a que las familias enfrenten circunstancias que resultan afectando su salud mental.

El enfoque sistémico puede considerarse la base de las terapias familiares, dicho enfoque se ha nutrido de diferentes perspectivas y formas de comprender al ser humano, entre ellas resaltan algunas teorías como: La cibernética de primer y segundo orden de Winner, la teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick (1974) y la teoría de general de los sistemas de Ludwig von Bertalanffy (1940). Dentro de este enfoque surgieron distintos modelos que se aplican a la intervención en familias, como lo es el modelo Estructural, cuyo principal representante es considerado Salvador Minuchin.

Desde este modelo el abordaje de los problemas familiares adquiere una mirada holística, al contextualizar el síntoma para comprender cómo es que el sistema familiar “participa en el mantenimiento del síntoma y, al mismo tiempo, se busca entender cómo es que el síntoma actúa como esfuerzo de alguno de los miembros para mantener la estabilidad familiar” (Desatnik, 2004, p. 49), distribuyendo la responsabilidad con relación al síntoma entre los integrantes de la familia.

Al tener base en un enfoque sistémico y por ende considerar a la familia como un sistema que a su vez se encuentra inmerso en otros sistemas o contextos sociales, esta tiene tres componentes esenciales el primero es que posee una estructura que funciona como un sistema abierto en proceso de transformación, el segundo hace referencia que es esta no se mantiene estática, sino que por el contrario se desarrolla cruzando varias etapas en las que se va reestructurando y el tercero alude a que la familia posee una continuidad en su proceso de desarrollo mediante la cual fomenta el crecimiento psicosocial de sus integrantes (Desatnik, 2004).

Al ser un sistema en constante transformación la familia atraviesa un ciclo vital conformado por distintas etapas, que han sido identificadas, ampliadas y descritas por diversos autores, Semenova et. al (2015) han logrado sintetizar los aportes de autores como Salvador Minuchin (1974), Jara (2011), Carter y McGoldrick (1980) y Vargas (2013) condensando sus aportes sobre el ciclo vital

en nueve etapas, la cuales son: formación de la pareja, crianza de los hijos, familia con niños pre escolares, familia con niños escolares, familia con hijos adolescentes, familia plataforma de lanzamiento, familia de edad media, familia anciana y viudez.

Tomando en cuenta las diversas etapas por las que cruza la familia en su ciclo vital así como las distintas composiciones que tenga y las particulares pautas transaccionales con las que se comunique, se puede comprender al síntoma de la familia desde este modelo como producto de un desequilibrio en las formas que tiene de interactuar la familia.

Para poder dar dirección al proceso terapéutico el terapeuta estructural se vale de la evaluación estructural, desarrollando un mapa estructural que proviene de la información que el o los clientes le aportan así como de sus observaciones directas y preguntas que realiza a los clientes respecto a la organización familiar. Esta información es un mapeo acerca del sistema familiar y explora los conceptos de la tabla 1 utilizados por Minuchin (citado en Desatnik, 2004) para obtener información que le permita describir el funcionamiento familiar. La información se presenta acorde a una nomenclatura que marca principalmente diferencias biológicas, generaciones y relaciones familiares.

Tabla 1

Conceptos de Minuchin para describir el funcionamiento familiar

Concepto	Descripción
Jerarquías	Identifican la distribución del poder dentro de la familia, el cual idealmente deberá estar en el sistema parental.
Límites	Hacen referencia a cómo se delimitan las funciones y responsabilidades al interior de la familia estos pueden llegar a ser rígidos, claros o difusos.
Alianzas	Son las relaciones cercanas entre dos o más miembros de la familia.

---

Coaliciones	Surgen con el objetivo de perjudicar a un tercer integrante de la familia.
-------------	--

---

Territorio	Corresponde al lugar de cada miembro de la familia.
------------	---

---

Geografía	Desatnik (2004) alude este término a Macías y hace referencia a la ubicación de la familia en el hogar, es decir en el espacio del lugar donde habitan.
-----------	---

---

Con toda esta información acerca del sistema el terapeuta podrá tener más claridad en los objetivos y elaborar hipótesis acerca de la familia. Para insertarse en el sistema familiar el terapeuta se valdrá de estrategias.

Dentro de las estrategias Minuchin (citado en Sánchez, 2000) planteó tres posiciones desde las cuales el terapeuta puede acercarse a la familia introduciéndose en el sistema, la posición que emplee dependerá de las características de la familia y de la estructura que tenga. La primera posición la denominó joining, la cual se refiere a un nivel de interacción en el cual el terapeuta se afilia al sistema, permitiéndole incluso formar alguna coalición con un miembro del sistema. La segunda denominada tracking hace referencia a una posición neutral por parte del terapeuta desde la que éste, los escucha y los apoya hablando, lo que le permite entrar y salir del sistema. Como disengaged se conoce a la tercera posición en la que el terapeuta no interactúa como participante sino únicamente como director. Vale la pena mencionar que la posición puede fluctuar acorde a los avances del proceso y a las necesidades que se vayan presentando durante este.

Las intervenciones empleadas desde este modelo tienen como objetivo lograr modificaciones en la estructura familiar, para ayudarla a encontrar un nuevo equilibrio, es decir busca introducir nuevas pautas de interacción. Estas intervenciones se pueden clasificar en tres grandes grupos: cuestionamiento del síntoma, cuestionamiento de la estructura y cuestionamiento de la realidad, cada una de estas intervenciones se componen de distintas técnicas (Minuchin citado en Sánchez, 2000).

El presente trabajo tiene por objetivo exponer la utilidad y uso en la práctica clínica de terapia familiar bajo el modelo Estructural, a partir de la descripción de sus bases teóricas y su aplicación la presentación de un caso de una mujer jefa de familia que atravesó el curso una composición tradicional madre, padre e hijo a una reconstruida y posteriormente a una familia monoparental en el cual se intervino desde dicho enfoque.

### Descripción del problema

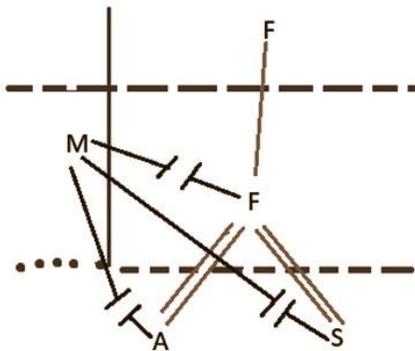
Se presenta el caso de una mujer de 37 años llamada F, quien acorde a la entrevista inicial acude buscando ayuda para mejorar la comunicación con sus hijos y establecer acuerdos parentales con su ex pareja padre de su hijo menor, ya que se encuentra en un proceso legal por la guardia y custodia de su hijo menor S. La atención se brindó en una de las sedes del Instituto Nacional de la Mujeres, en Nezahualcoyotl, Estado de México, bajo la modalidad de coterapia en la que participaron tres estudiantes del programa de Maestría en Terapia Familiar y bajo la supervisión directa de un experto.

### Evaluación

Bajo la evaluación estructural se identifica que F tiene una familia de tres generaciones que se encuentra en la etapa de familia con hijos pequeños. Con base en la entrevista y la observación directa, se realizó la evaluación a través del desarrollo del mapa estructural de la familia de la consultante que se presenta en la figura 1, en el cual se pueden observar los límites claros entre F, la madre de F y sus dos hijos S y A, sin embargo los límites se muestran difusos entre F y su ex pareja M. Se identificaron alianzas entre F y sus hermanos, prima y ambos hijos, F muestra centralidad en su familia así como mayor jerarquía que M, sin embargo se presenta un triángulo entre F y M con ambos hijos.

Figura 1

Mapa estructural de la familia de F



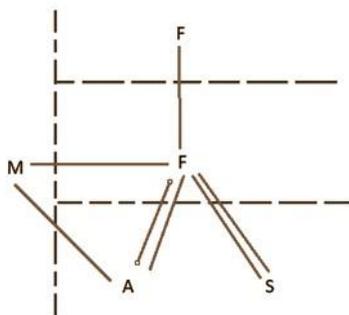
### Diagnóstico

Con base en el análisis de la información obtenida se identificó conflicto en el sistema conyugal entre ambos padres debido a las amenazas del padre de S hacia su madre, que versan sobre quedarse con el menor por lo que F se encuentra en un proceso legal de guardia y custodia. Lo que ha conducido a que el sistema familiar presente un triángulo entre F, M y ambos menores. Este triángulo se presenta por los esfuerzos de F por preservar la imagen de la familia, intentando

proteger a S y A. En el mantenimiento del síntoma participa M ejerciendo violencia psicológica para quedarse con S, situación que limita la comunicación entre F y M. Acorde con estos resultados y en concordancia con el motivo de consulta expuesto por F, se buscará como objetivo modificar la estructura familiar a como se presenta en el mapa estructural de la figura 2. Con la finalidad de restablecer el equilibrio familiar y disolver el triángulo conflictivo presente en la familia.

Figura 2

Modificación de la estructura de la familia de F



Recursos empleados en la solución alcanzada

Para lograr el objetivo de la consultante y la modificación de la estructura familiar se emplearon un total de 14 sesiones de las que 2 fueron utilizadas para obtener la información necesaria que permitió el desarrollo del mapa estructural, siendo 12 sesiones efectivas de terapia en las que se realizó la intervención, de las cuales en 3 de ella acudieron como parte de la terapia los hijos de F.

Para poder entrar en el sistema familiar se empleó de manera inicial la estrategia de tracking, pues la consultante requería de la escucha y el apoyo activo de los terapeutas para enfocar sus esfuerzos en su prioridad que mencionaba eran sus hijos y no el problema legal con su ex pareja. Los terapeutas hicieron uso de esta estrategia a lo largo de todo el proceso presentando fluctuaciones con el joining que ayudaron a mover la jerarquía familiar en pro de el mapa estructural objetivo.

Así mismo con la finalidad de lograr resolver el motivo de consulta se trabajó con diversos temas que promovieron el movimiento de la estructura familiar, entre estos temas fue fundamental trabajar en que F identificara sus propias emociones y encontrara la forma de expresarlas, esto con el apoyo de la ruleta de las emociones y del genograma de las emociones que ayudaron a que F amplíe su conocimiento sobre estas; también se trabajó con la organización de tiempo de calidad con sus hijos y se focalizó a F en los cambios necesarios sobre la información que le brindaba sus hijos sobre sus respectivos padres.

A lo largo del proceso terapéutico se emplearon distintas intervenciones predominando las intervenciones relacionadas con la construcción de la realidad de la familia, utilizandolas para

elaborar nuevas formas de interacción en la familia de F que modificaron la percepción de los integrantes de la familia respecto a sus realidad actual, esto a través de los lados fuertes de la familia como lo eran el apoyo familiar, las verdades familiares que se presentaban bajo la consigna hay que ser fuertes modificando la concepción de que la fuerza no proviene de alguien que no llora sino de quien es capaz de hacerlo para enfrentar sus emociones, los símbolos universales como la honestidad y el respeto tanto de F hacia sus hijos como de F hacia ella misma y el consejo profesional que brindaron los terapeutas y el supervisor con relación a los apoyos legales que podría conseguir F.

Al concluir el proceso terapéutico F se reconoció menos explosiva respecto a sus emociones, mencionado incluso que lo trabajado en la terapia le había funcionado también a nivel profesional y con la claridad de que para continuar mejorando su situación familiar debía de comunicarle a M lo que le parecía mal respecto a S.

### Experiencia

El modelo estructural resulta un modelo altamente práctico y amplio, con premisas fundamentales que otorgan a la familia una conceptualización no estática, por el contrario la caracteriza movimiento hacia el crecimiento. El trabajo práctico en la terapia bajo este modelo en la actualidad puede brindar atención psicológica a las familias en las múltiples especificidades que cada una puede presentar debido a las distintas circunstancias sociales, a sus diversas composiciones, a la etapa que estén atravesando y a las formas de relacionarse que tengan. Pues brinda una panorama general para que el terapeuta pueda intervenir acorde a las necesidades y posibilidades de cada familia que se presenta en busca de ayuda.

### Referencias

Consejo Nacional de Población.(15 de Mayo de 2020). La composición de las familias y hogares mexicanos se ha transformado en décadas recientes como resultado de cambios demográficos y sociales. Gobierno de México.

<https://www.gob.mx/conapo/articulos/la-composicion-de-las-familias-y-hogares-mexicanos-se-ha-transformado-en-las-recientes-decadas-como-resultado-de-cambios-demograficos?idiom=es>

Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: L.Eguiluz

(Comp.) Terapia Familiar. Su uso hoy en día. (pp. 49–80). Pax México.

Domínguez López, M. G. (2013). Influencia de los estilos de crianza en la conducta delictiva en adolescentes tardíos. [Tesis de Licenciatura].

<https://repositorio.unam.mx/contenidos/450297>

Membrillo Luna, A., Fernández Ortega, M. Á., Quiroz Pérez, J. R., & Rodríguez

López, J. L. (2008). Familia. Introducción al estudio de sus elementos.

Editores de Textos Mexicanos.

Sánchez, D. (2000). Terapia familiar: Modelos y técnicas. Manual moderno.

Semenova Moratto Vásquez, N., Zapata Posada, JJ, y Messenger, T. (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. CES Psicología , 8 (2),

103-121.

## Relación entre conflicto marital, TEPT y autoestima en madres de familia

Mario Angel Flores Cruz, Mónica Airy García Flores, Juan Jiménez Flores y Juan Carlos Gómez Roque.

México: CDMX.

30 de septiembre 2023

Universidad Nacional Autónoma de México. [marioangelfc@gmail.com](mailto:marioangelfc@gmail.com)

Resumen: El conflicto marital hace referencia a la violencia de pareja en contra de la mujer, este es considerado un suceso altamente traumático que puede influir para desarrollar diversos trastornos, entre ellos el TEPT. El objetivo del presente trabajo fue evaluar la relación que existe entre el conflicto marital, TEPT y la autoestima, es una investigación transversal no experimental, se utilizó una muestra de 65 mujeres de entre 22 años a 63 años, a las cuales se les aplicó la Escala de Tácticas del conflicto (CTS 2), la Escala de Estrés Postraumático para población Mexicana (E-TEPT-M) y la Escala de Autoestima de Reidl; la correlación entre Conflicto Marital y TEPT fue de .276 lo cual muestra una correlación débil positiva, asimismo la correlación entre TEPT y Autoestima resultó de -.475, la correlación entre el conflicto marital y autoestima fue de -.460, que se interpretan como débiles y negativas. La puntuación media de la CTS2 en la población fue de 4 lo cual indica que la muestra experimenta el nivel mínimo de conflicto marital; en cuanto a la puntuación del TEPT fue de 69 lo cual representa que la población tiene una leve sintomatología, por último, la puntuación en la Escala de Autoestima es de 45, esto indica una autoestima regular en la población estudiada. De acuerdo con los resultados de la investigación, se concluye que, a menor conflicto marital, menor sintomatología del TEPT y mayor autoestima en mujeres mexicanas madres de familia de la zona metropolitana de la CDMX.

Palabras clave: conflicto marital, TEPT, autoestima, violencia de pareja, correlación.

Abstract: Marital conflict refers to partner violence against women, which is considered a highly traumatic event that can influence the development of various disorders, including PTSD. The objective of the present study was to evaluate the relationship between marital conflict, PTSD and self-esteem, it is a non-experimental cross-sectional research, a sample of 65 women between 22 and 63 years of age was used, to whom the Conflict Tactics Scale (CTS 2), the Posttraumatic Stress Scale for Mexican population (E-PTSD-M) and the Reidl Self-Esteem Scale were applied; the correlation between Marital Conflict and PTSD was .276 which shows a weak positive correlation, likewise the correlation between PTSD and self-esteem was -.475, the correlation between marital conflict and self-esteem was -.460, which are interpreted as weak and negative. The mean score of

the CTS2 in the population was 4 which indicates that the sample experiences the minimum level of marital conflict; as for the PTSD score was 69 which represents that the population has a slight symptomatology, finally, the score on the Self-Esteem Scale is 45, this indicates a regular self-esteem in the population studied. According to the results of the research, it is concluded that the lower the marital conflict, the lower the PTSD symptomatology and the higher the self-esteem of Mexican women mothers in the metropolitan area of the CDMX.

Key words: marital conflict, PTSD, self-esteem, intimate partner violence, correlation.

## Introducción

El presente trabajo tiene el objetivo de evaluar la relación entre el conflicto marital, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la autoestima en mujeres adultas de la zona metropolitana de la CDMX.

Con base en la teoría de Adams (1996), el conflicto es inevitable en las relaciones humanas, pues los miembros de todo grupo buscan vivir con base en sus propios intereses, esto puede diferir de los propósitos de los demás. Esta divergencia puede ser benéfica o generar elevados niveles de tensión en el grupo, dependiendo de las tácticas empleadas para resolver el conflicto.

Las tácticas de conflicto (TC) es la interacción entre los padres en la que comunican percepciones diferentes acerca de la vida familiar; además, es perjudicial, frecuente y crónica (Mora, Natera, Tiburcio y Juárez, 2008). Se clasifica en: 1) violencia emocional y psicológica; 2) conductas de coerción sexual y 3) conductas de alto riesgo o violencia extrema en la pareja.

Ahora bien, la violencia contra la mujer es un problema social que afecta a todos los seres humanos (Vásquez, 2007), puesto que, el 41.9% de mujeres ha sido violentada, el 37.5% sufrió violencia psicológica, seguida de la física 18.5% y la sexual 11.9% (Guzmán-Rodríguez, Cupul-Uicab, Guimarães, Salazar-Martínez, Salmerón y Reynales-Shigematsu, 2021). Aunado a ello, mujeres mexicanas informan el haber sufrido violación 6.3%, abuso sexual 9.3% y el 10.7 % sufrió violencia por parte de la pareja (Medina-Mora, Borges-Guimaraes, Lara, Ramos-Lira, Zambrano y Fleiz-Bautista, 2005). Las secuelas en mujeres que sufren violencia son físicas y/o psicológicas, estas últimas tienen un carácter más duradero provocando la perpetuación del sufrimiento, que a su vez va constituyendo una causa de discapacidad (Machado, 2016). Además, la violencia marital degrada la integridad de la mujer, provoca inseguridad, baja autoestima, incertidumbre, desesperanza y desvalorización de sí misma, a su vez, coarta sus posibilidades de desarrollo personal y anula su autonomía, aumentando la probabilidad de desarrollar diversos trastornos (Casique, 2006).

Las consecuencias más frecuentes de la violencia por parte de la pareja son las psicológicas, entre las que más destacadas de acuerdo con Golding (1999), se encuentran la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) con una media de 63.8% y la depresión con una media de 47.6%,

trastornos de ansiedad y abuso de sustancias como alcohol y drogas, así como frecuencia en problemas de autoestima y desadaptación social. Asimismo, el 44% de estas mujeres presentan antecedentes de suicidio, ideación suicida, así como un elevado porcentaje presenta baja autoestima (73.8%) e inadaptación a la vida cotidiana (87.6%) (Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2010).

En México, 47 % de mujeres de 15 años y más sufrió algún incidente de violencia por parte de su pareja, la persistencia del conflicto genera consecuencias importantes sobre la salud sexual, afectiva y mental, junto con alta probabilidad de aparición de conductas de violencia (OMS, 2016). El conflicto crónico genera en la pareja y en los hijos, síntomas de depresión, alto estado de ansiedad y baja autoestima (Medina y Medina, 2019).

Por otra parte, el TEPT es una condición que llega a perturbar la salud mental y en ocasiones la salud física de la persona que la padece específicamente aparece luego de haber presenciado un evento traumático, caótico o conflictivo en algún momento determinado de la vida de la persona y que no puede superar (Casado-Blanco y Castellano-Arroyo, 2013). Igualmente, el TEPT hace referencia a un factor de estrés tan intenso que genera un trauma en la persona, habitualmente lo padecen personas sobrevivientes a eventos traumáticos, por ejemplo, la guerra, una pandemia, una lesión grave, abuso sexual, fenómenos naturales, violencia en contra de la pareja, en general involucra contacto cercano con la muerte. Lo que destaca a este trastorno es que los síntomas no se presentan inmediatamente, sino después de cierto periodo de tiempo, dicha sintomatología es variada y extensa, de acuerdo con los manuales de nosología actuales (American Psychiatric Association, 2022), puede ser identificada por cuatro síntomas clave: Síntomas de intrusión: recuerdos angustiosos recurrentes e involuntarios del suceso, sueños angustiosos recurrentes, reacciones disociativas, angustia psicológica intensa o prolongada; síntomas de evitación: pensamientos o sentimientos angustiosos sobre el suceso o sucesos traumáticos, además de evitar personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos; alteración en la cognición y en el estado de ánimo: incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso, expectativas negativas sobre uno mismo, los demás o el mundo, culpa, miedo, horror, ira o vergüenza, disminución del interés o la participación en actividades significativas, sentimientos de alejamiento de los demás y/o incapacidad persistente de experimentar emociones positivas; estado de alerta y reactividad: irritabilidad o ataques de ira, comportamiento imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, problemas de concentración y/o alteraciones del sueño.

Ahora bien, la prevalencia del TEPT a nivel internacional es de 3.9% y de 5.6% en población que ha sido expuesta a una situación traumática (Koenen, Ratanatharathorn, Ng, McLaughlin, Bromet, Stein, Karam, Ruscio, Benjet, Scott, Atwoli, Petukhova, Lim, Aguilar-Gaxiola, Al-Hamzawi, Alonso, Bunting, Ciutan, Girolamo, G...Kessler, 2017). A su vez en México existen datos que reportan la prevalencia en el sexo masculino es de 1.3% y el femenino es de 3.3% (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar, 2003). Como se estableció el TEPT surge debido a la exposición a un suceso traumático altamente estresante, en este punto es importante señalar que el 70.4% de la población a nivel internacional experimentó al

menos un evento traumático a lo largo de su vida (Benjet, Bromet, Karam, Kessler, McLaughlin, Ruscio, Shahly, Stein, Petukhova, Hill, Alonso, Atwoli, Bunting, Bruffaerts, Caldas-de-Almeida, Girolamo, Florescu, Gureje, Huang, Lepine, Kawakami, Kovess-Masfety, Medina-Mora, Navarro-Mateu, Piazza, Posada-Villa, Scott, Shalev, Slade, Have, Torres, Viana, Zarkov & Koenen, 2016), por otra parte, en nuestro país el 68% de la población adulta ha estado expuesta al menos a un suceso estresante alguna vez en su vida (Medina-Mora, Borges-Guimaraes, Lara, Ramos-Lira, Zambrano y Fleiz-Bautista, 2005). Con lo anterior se puede argumentar que alrededor de 70% de la población se encuentra altamente expuesta a experimentar por lo menos un suceso traumático, dichos sucesos son un factor de riesgo para desarrollar TEPT.

Por otra parte, la prevalencia del TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica oscila entre el 33% al 84% (Irizarry y Rivero, 2018). Como si fuera poco, el TEPT es el trastorno más frecuente en mujeres víctimas de violencia doméstica, puesto que la prevalencia de dicho trastorno es del 60 % en mujeres que han sido violentadas (Aguirre, Cova, Domarchi, Garrido, Mundaca, Rincón, Troncoso y Vidal, 2010). Es importante precisar que, el TEPT es una de las consecuencias más graves de la violencia de doméstica (Fillol, García y Ruzzante, 2020). Con lo anterior se puede decir que la violencia doméstica en contra de la mujer es un suceso traumático que puede elicitar este trastorno.

Ahora bien, Rosenberg (1965) define la autoestima como una actitud positiva o negativa hacia sí mismo, a su vez lo describe como un fenómeno actitudinal creado por fuerzas sociales y culturales, ésta se crea a través de un proceso de comparación que involucra valores y discrepancias, también menciona que el nivel de autoestima de cada persona tiene relación con la percepción de sí mismo en comparación con los valores personales, los cuales se desarrollaron por medio del proceso de socialización, por otro lado Hewit (2002) la define como una actitud acerca del sí mismo que está relacionada con creencias personales sobre las propias habilidades, las relaciones sociales y los logros futuros.

Las investigaciones muestran dos tipos de autoestima, alta y baja, la autoestima alta tiene una función placer o de bienestar general, así como también ayuda en el manejo del estrés y la evitación de la ansiedad, las personas con alta autoestima se sienten bien respecto a su vida, a sí mismas y su futuro, a su vez, a distintos fenómenos interpersonales positivos. La baja autoestima se ha identificado como criterio diagnóstico o como rasgo asociado a diferentes trastornos mentales (Mruk, 2006), existen varias características de la baja autoestima, entre ellas: hipersensibilidad, inestabilidad, timidez, falta de autoconfianza, evitación de riesgos, depresión, pesimismo, soledad o alienación (Rosenberg & Owens, 2001).

#### Planteamiento del Problema

El conflicto marital, hace referencia a la violencia doméstica en contra de las mujeres, asimismo, es considerado un suceso altamente traumático que puede generar diversos trastornos psicológicos, entre ellos el TEPT, éste es uno de los trastornos más severos ya que presenta una extensa sintomatología que deteriora drásticamente la calidad de vida de quien lo padece en diversas esferas

de la vida; social, laboral, educativo y personal, debido a ello es fundamental analizar cómo es que repercute este trastorno en la esfera personal, en específico en la autoestima de mujeres adultas.

#### Método

#### Objetivos

1. Medir la relación entre conflicto marital, TEPT y autoestima.
2. Reportar los niveles conflicto marital, TEPT y los síntomas de baja y alta autoestima en la muestra estudiada.
3. Identificar los sucesos traumáticos vivenciados por la población estudiada

#### Pregunta de Investigación

¿Existe relación entre el conflicto marital, el TEPT y la autoestima en mujeres mexicanas?

#### Variables

Las Tácticas de Conflicto. Definición conceptual, la interacción entre los padres de familia en la que comunican percepciones diferentes acerca de la vida familiar; además, es perjudicial, frecuente y crónica (Mora et al., 2008).

Definición operacional. Los niveles de conflicto marital en la CTS2 que se divide en; 1) violencia emocional y psicológica; 2) conductas de coerción sexual y 3) violencia extrema en la pareja.

TEPT. Definición conceptual, el TEPT es una condición que llega a perturbar la salud mental y en ocasiones la salud física de la persona que la padece específicamente aparece luego de haber presenciado un evento traumático, caótico o conflictivo en algún momento determinado de la vida de la persona y que no puede superar (Casado-Blanco y Castellano-Arroyo, 2013).

Definición operacional. Los niveles de síntomas de TEPT leve, moderado, severo y extremo en la puntuación global de la E-TEPT-M.

Autoestima. Definición conceptual, Sentimiento de valía personal y de respeto hacia la propia persona, haciendo una evaluación positiva o negativa de sí mismo (Rosenberg, 1965).

Definición operacional. Los niveles de autoestima: deficiente, insuficiente, regular, bueno y muy bueno, en la escala de autoestima de Reild.

#### Hipótesis

Ha: existe relación positiva entre el conflicto marital, el TEPT y baja autoestima en mujeres mexicanas de la zona metropolitana de la CDMX.

Ho: no existe relación positiva entre el conflicto marital, el TEPT y baja autoestima en mujeres mexicanas de la zona metropolitana de la CDMX.

## Muestreo

La muestra está conformada por 65 mujeres de entre 22 años a 63 años, con una media de 34, y la mayoría tiene entre los 29 y 30 años, asimismo, en cuanto al grado de estudios el 7.7% tiene primaria, el 38.5% cuenta con secundaria, de igual manera el 38.5% tiene bachillerato. Ahora bien, la ocupación de la mayoría es ama de casa (69.2%), seguida de empleada (18.2%), comerciante (9.2%) y finalmente estudiante (3,1%). Por otra parte, el 40% vive en vivienda propia, el 32.3% en vivienda prestada y el 27.7% en vivienda rentada. Así mismo, los datos muestran que el 41.5% de las participantes se encuentran casadas, el 40% en unión libre, el 3% viudas y en segundo matrimonio el 1.5%. Finalmente, el 55.4% de las usuarias tiene dos hijos, el 18.5% sólo tienen un hijo, el 16.9% tienen 3 hijos y el 7.7% tiene de 4 a 5 hijos.

## Instrumentos

Escala de tácticas de conflicto. (CTS2: Mora et al., 2008). Mide situaciones de violencia que ejercen hombres hacia mujeres. Conformado por 3 factores: 1) violencia emocional y física, 2) acoso sexual y 3) violencia de alto riesgo. Cuenta con 21 ítems en escala ordinal. Las variables nominales van desde 0 (nunca), 1 (Alguna vez en la vida) y 2 (en los últimos 12 meses). Cuenta con una adecuada estructura y consistencia interna global ( $\alpha = .93$ ) (Mora et al., 2008).

Escala de Estrés Postraumático para población Mexicana. (E-TEPT-M: Flores-Cruz, 2023). Tiene el objetivo de medir sintomatología del TEPT en adultos, se compone de 15 factores: reacciones fisiológicas, disminución de actividades de interés, desapego, comportamiento inapropiado, sobresalto, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño, síntomas disociativos, recuerdos angustiosos, sueños angustiosos, evitación, incapacidad para recordar, expectativas negativas, estado emocional negativo y alteración. Este instrumento cuenta con validez de contenido. Asimismo, los rangos de puntuación son los siguientes: 0-67 leve. 68- 133 moderado, 134-201severo y 202- 268 extremo.

Escala de Autoestima de Reidl. (Reild-Martínez, 2002). Se encuentra conformada de 20 reactivos de carácter cerrado que permiten identificar el nivel de autoestima y autoconcepto, los cuales se responden ya sea con una escala tipo Likert: A=De acuerdo, N= No sé y D= estoy en desacuerdo y tiene valoración de 1 a 3. Los rangos de puntuación son los siguientes: Deficiente: 20-27; Insuficiente: 28-36; Regular: 37-45; Bueno: 46-54 y Muy bueno: 55-60. Obtuvo un Alfa de Cronbach para el Factor 1 de 0.82 (Autoestima negativa) y para el factor 2 de 0.78 (Autoestima positiva), la consistencia interna es significativa con una  $p = 0.01$ . Así como el análisis de confiabilidad de Alpha de Cronbach de 0. 82.

Tipo de estudio: Correlacional.

Diseño de investigación: Transversal no experimental.

## Resultados

En este trabajo de investigación se realizó una correlación de Pearson, con el objetivo de evaluar la relación entre el conflicto marital, el TEPT y la autoestima en mujeres madres de familia de la zona metropolitana de la CDMX.

De acuerdo con los resultados obtenidos, la correlación entre conflicto marital y el TEPT fue de: .276, esto se interpreta como una correlación débil positiva, es decir, a medida que una persona sufre de conflicto marital existe mayor probabilidad de desarrollar síntomas de TEPT. Asimismo, la correlación entre TEPT y autoestima fue de: -475, esto se interpreta como una correlación débil negativa, es decir, a menor sintomatología del TEPT mayor autoestima, por último, la correlación entre el conflicto marital y autoestima es de -460, lo que indica una correlación negativa débil que se interpreta como; a menor conflicto marital mayor autoestima. Las correlaciones entre variables se muestran en la tabla 1. Por otra parte, la puntuación media de la puntuación en la CTS2 fue de 4, esto quiere decir que la muestra presenta un nivel mínimo de conflicto marital, sin embargo, es importante destacar que, durante la aplicación de este instrumento, se notó un sesgo debido a la deseabilidad social de las participantes. En cuanto al TEPT la puntuación media fue de: 69, esto se interpreta a que la muestra presenta leve sintomatología de dicho trastorno. De igual manera, la puntuación en la escala de autoestima es de 45, esto indica una autoestima regular en la población estudiada.

Tabla 1

Correlaciones de Pearson entre conflicto marital, TEPT y autoestima.

	TEPT	Conflicto marital	Autoestima
TEPT		.276	-475
Conflicto marital	.276		-460
Autoestima	-475	-460	

Nota. La correlación entre TEPT y conflicto marital indica que a medida que una persona sufre de conflicto marital existe mayor probabilidad de desarrollar síntomas de TEPT, por otra parte, la correlación de autoestima al ser negativas, indican que a menor sintomatología de TEPT mayor autoestima; y a menor conflicto marital, mayor autoestima.

Cabe mencionar que el 93.8% de la muestra presenta nivel de leve de conflicto marital y el 6.2% nivel moderado. Asimismo, en cuanto al TEPT en la muestra estudiada el 46.1% manifiesta sintomatología leve, el 41.5% moderada y el 9.1% presenta sintomatología severa, por último, el

66.2% la población presenta autoestima regular, el 27.7% buena, el 1.5% muy buena y el 4.6% insuficiente.

Por otra parte, la población estudiada ha vivenciado 18 diversos sucesos altamente estresantes o traumáticos entre los que destacan: pandemia por COVID 19 87.7%, la muerte repentina de un familiar cercano 73.8%, terremoto 58.5%, haber vivido un atraco y ser amenazado con arma 41.5%, vivenciado o atestiguado violencia doméstica en la infancia 36.9%, atestiguó la muerte o lesiones de una persona 35.4%, haber sido perseguido o acosado 35.4%, evidenció un evento traumático de un familiar 34.5% violencia física por parte de la pareja 33.8%. En la tabla 2 se enlistan el total de los sucesos estresantes.

Tabla 2

## Sucesos traumáticos

Nº	Sucesos	%
	Pandemia por COVID-19 <sup>a</sup> .	87.7
	La muerte repentina de un familiar cercano.	73.8
	Terremoto.	58.5
	Haber vivido un atraco y ser amenazado con arma.	41.5
	Vivenciado o atestiguado violencia doméstica en la infancia.	36.9
	Haber sido perseguido o acosado.	35.4
	Atestiguó la muerte o lesiones de una persona.	35.4
	Evidenció un evento traumático de un familiar.	34.5
	Violencia física por parte de la pareja.	33.8
	Vivió un desastre natural o provocado por el hombre.	33.8
	Haber sido golpeado por otras personas diferentes a los progenitores o pareja.	18.5
	Violencia física por los progenitores o cuidadores en la infancia.	13.8
	Haber padecido COVID 19 gravemente.	9.2
	Enfermedad grave.	9.2
	Abuso sexual.	9.2
	Accidente de tránsito grave.	9.2
	Testigo de atrocidades o matanzas.	6.2
	Violación.	6.2

Nota: Es importante mencionar que acontecer uno o diversos sucesos altamente estresantes puede generar diversos trastornos psicológicos entre ellos el TEPT.

<sup>a</sup> El suceso traumático más común en la población es la pandemia por COVID-19.

## Discusión

De acuerdo con la literatura revisada el 41.9% de mujeres ha sido violentada (Guzmán-Rodríguez, et al., 2021), el 10.7% sufrió violencia por parte de la pareja (Medina-Mora, et al, 2005) y el 47% de mujeres de 15 años y más sufrió algún incidente de violencia por parte de su pareja (OMS, 2016). De acuerdo con los resultados obtenidos, el 33.8% de la muestra estudiada ha presentado conflicto marital alguna vez en su vida, sin embargo, dicho conflicto se presenta en un nivel leve.

Por otra parte, con base en la literatura la prevalencia del TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica oscila entre el 33% al 84% (Irizarry y Rivero, 2018), asimismo el TEPT se manifiesta en el 60% de mujeres violentadas (Aguirre, et al., 2010), de igual modo, el TEPT es una de las consecuencias más graves de la violencia de doméstica (Fillol, et al., 2020), con lo anterior se puede establecer que, el conflicto marital y el TEPT se correlacionan positivamente, es decir, ante la presencia de violencia por parte de la pareja mayor probabilidad de desarrollar sintomatología del TEPT. De acuerdo con los resultados de este trabajo, la correlación entre conflicto marital y TEPT es positiva, sin embargo, es imperativo establecer que en el presente trabajo se manifiesta poca presencia de conflicto marital en la muestra.

Por otro lado, la muestra presentó sintomatología leve del TEPT, debido a ello se recomienda un tratamiento del TEPT, desde el enfoque cognitivo-conductual (TCC) se argumenta que los trastornos son aprendidos, por lo tanto, son modificables, de esta manera la TCC tiene el objetivo de desarrollar y potencializar las habilidades del paciente, desde este enfoque, para el TEPT los tratamientos basados en evidencia son la terapia de procesamiento cognitivo la terapia cognitiva y la terapia de exposición prolongada, la terapia de desensibilización, el reprocesamiento por movimientos oculares y la terapia de exposición narrativa, (American Psychological Association, 2017).

El tercer objetivo de este trabajo de investigación fue identificar la prevalencia de los sucesos traumáticos en la muestra, con base en la literatura las mujeres mexicanas reportan haber sufrido el 10.7 % sufrió violencia por parte de la pareja, el 9.3% abuso sexual y 6.3% violación (Medina-Mora et al., 2005), esto resultados son similares a los obtenidos en este trabajo puesto que, el 6.2% de la muestra reporta violación, el 9.2% abuso sexual, sin embargo, el 33.8% de nuestra muestra ha vivenciado violencia física por parte de la pareja. En este trabajo se identifica que la muestra ha acontecido 18 diversos sucesos traumáticos, esto es de vital importancia, puesto que, vivenciar uno más sucesos traumáticos es un factor de riesgo para desarrollar el TEPT.

Por último, es importante señalar que, en la puntuación en la CTS2 pudo haber un sesgo, deseabilidad social u omisión de información por parte de las participantes, ya que, la muestra manifestó niveles muy bajos en las puntuaciones, sin embargo, el 33.8% de dicha muestra dijo haber vivido alguna vez violencia por parte de la pareja, esto pudo haber sido a causa de que los reactivos hacen referencia a preguntas muy delicadas, sensibles o íntimas.

## Conclusión

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la relación entre el conflicto marital, el TEPT y la autoestima en mujeres, de acuerdo con los resultados, se acepta la hipótesis nula, puesto que, la muestra presentó una correlación positiva débil entre conflicto marital y TEPT, es decir, manifestó poco nivel de conflicto marital y a su vez presentó leve sintomatología del TEPT, sin embargo, existe correlación negativa débil entre TEPT y autoestima, es decir, a menor sintomatología del TEPT mayor autoestima, esto se debe a que la muestra estudiada presentó nivel mínimo de conflicto marital, de igual modo, presentó sintomatología leve de TEPT, cabe subrayar que, dicho nivel de sintomatología es elicitada por diversos sucesos altamente traumáticos, mas no únicamente, por la variable conflicto marital, por otra parte, debido a la escasa presencia de las dos variables mencionadas, la población presentó autoestima regular y buena. Por último, la muestra reporta haber vivenciado 18 diversos sucesos altamente traumáticos que son un factor de riesgo para desarrollar TEPT. Con lo anterior se puede concluir que, a menor conflicto marital, menor sintomatología del TEPT y mayor autoestima en mujeres mexicanas madres de familia de la zona metropolitana de la CDMX.

## Referencias

- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, V. y Vidal, L. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Chil Neuro-Psiquiat*, 48(2), 114-122. doi.org/10.4067/S0717-92272010000300004
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision*. American Psychiatric Association.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E., Kessler, R., McLaughlin, K., Ruscio, A., Shahly, V., Stein, D., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J., Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., Lepine, J., Kawakami, N., Kovess-Masfety, V., Medina-Mora, M., Navarro-Mateu, F., Piazza, M., Posada-Villa, J., Scott, K., Shalev, A., Slade, T., Have. M., Torres, Y., Viana, M., Zarkov, Z., & Koenen K. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*, 46(2), 327–343. doi:10.1017/S0033291715001981
- Casique, C. y Ferreira, F. (2006). Violencia contra mujeres: reflexiones teóricas. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 14(6), 950-56.
- Fillol, C., García, M. y Ruzzante, N. (2020). Estrés postraumático complejo en mujeres supervivientes de violencia de género: un objetivo para la intervención psicosocial. *ENCUENTROS*, 5, 137-14.

- Flores-Cruz, M. (2023). Diseño y Validación de la Escala de Trastorno de Estrés Postraumático para Población Mexicana (E-TEPT-M) [manuscrito presentado para publicación]. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. BIDI UNAM.
- Góngora, V., & Casullo, M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(27),179-194.
- Guillén Riebeling, R. del S., & Reidl Martínez, L. M. (2022). Autoestima y su medición. *Psic-Obesidad*, 11(43), 23–29. [doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2021.11.43.83658](https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2021.11.43.83658)
- Guzmán-Rodríguez, C., Cupul-Uicab, L., Guimarães, G., Salazar-Martínez, E., Salmerón J. y Reynales-Shigematsu, L. (2021). Violencia de pareja y depresión en mujeres que trabajan en una institución de salud de México. *Gac Sanit*, 35(2), 161-167. [doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.005](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.005)
- Hewit, J. P. (2002). The social construction of self-esteem. En S. J. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 135-147). New York: Oxford University Press.
- Irizarry, W. y Rivero, M. (2018). Trastorno por estrés postraumático en mujeres víctima de violencia doméstica: Revisión de literatura integrada. *Nure Inv.* 15(95),1-17.
- Koenen, K., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K., Bromet, E., Stein, D., Karam, E., Ruscio, A. Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C., S. Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., M. Ciutan, M., de Girolamo, G....Kessler, R. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47, 2260–2274. [doi:10.1017/S0033291717000708](https://doi.org/10.1017/S0033291717000708)
- Labrador Encinas, F. J., Fernández-Velasco, M. R., & Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1), 99-105.
- Machado, A. (2016). Los factores psicosociales y la depresión. *Multimed*, 20(3), 586-602.
- Medina, I., y Medina, A. (2019). Violencias contra las mujeres en las relaciones de pareja en México. *Intersticios sociales*, (18), 269-302.
- Medina-Mora, M., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J. y Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de Sucesos Violentos y de Trastorno por Estrés Postraumático en la Población Mexicana. *Salud Mental*, 47(1), 8-22.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, R. y Aguilar, S. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.

Mora, J., Natera, G., Tiburcio, M., & Juárez, F. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS2) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 1(25), 107-117.

Morrison, J. (2015). *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico*. Manual Moderno.

Mruk, C. (2006). *Self-Esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company

Ortega, P., Mínguez, R., y Rodes, M. L. (2001). Autoestima: Un nuevo concepto y su medida. *Biblid*, 12, 45-66

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.

Rosenberg, M., & Owens, T. J. (2001). Low self-esteem people: A collective portrait. En T. J. Owens, S. Stryker & N. Goodman (Eds.), *Extending self esteem theory and research: Sociological and psychological currents* (pp. 400- 436). New York, NY: Cambridge University Press.

Vásquez, M. (2007) Relación entre Violencia y depresión en mujeres. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 70 (1-4), 88-95.

## Grupos de apoyo a personas víctimas de violencia de género del cantón Sevilla de Oro

Support groups for victims of gender violence in the cantón of Sevilla de Oro

Sandra Soledad Suárez Grana, Ecuador, Cuenca, 11 de agosto de 2023

Marcia Paola Lupercio Cuzco, Ecuador, Cuenca, 11 de agosto de 2023

### Resumen

El presente documento aborda el desarrollo práctico del proyecto de Vinculación con la Sociedad “Grupos de Apoyo a personas víctimas de violencia de género” en el cantón Sevilla de Oro de la provincia del Azuay, Cuenca – Ecuador. El proyecto fue parte de los procesos de prácticas preprofesionales de los estudiantes de las carreras de Psicología Clínica, Educativa y Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca durante el periodo académico marzo 2019 – febrero 2020. El objetivo del proyecto fue: contribuir en el empoderamiento de mujeres que han vivido situaciones de violencia, para mejorar su calidad de vida. El proceso de intervención tuvo un enfoque participativo e inductivo, lo que permitió generar conciencia en los participantes respecto a sus conocimientos, fortalezas y verdades. Además, estuvo transversalizado por un enfoque humanista y de género (CIMAS, 2015). En este sentido, participaron 120 mujeres de las parroquias Palmas, Amaluza y centro parroquial del cantón y se formaron 3 grupos de apoyo (GAP) de mujeres que vivieron violencia basada en género. Según Falconí (2019) un GAP es un conjunto de personas que comparten similares problemáticas, además es una estrategia de intervención que busca dar respuesta a la problemática social de la violencia de género, basándose en la reflexión – acción. Entre los principales resultados se identificó que las mujeres que han vivido situaciones de violencia basada en género requieren un espacio de encuentro, que les permita reflexionar e interactuar, así como reforzar sus aprendizajes al respecto, pues esto fortaleció su autoestima, así como plantearse un plan de vida y generar redes de apoyo social. Finalmente, se identificó que los sistemas de protección de derechos son escasamente conocidos por las mujeres de las parroquias y esto repercute en sus relaciones inter e intra personales.

Palabras clave: Violencia, género, grupo y apoyo.

### Abstract

This document addresses the practical development of the Linkage project with the Society "Support Groups for victims of gender violence" in the canton of Sevilla de Oro in the province of Azuay, Cuenca - Ecuador. The project was part of the pre-professional internship processes of the students of the Clinical, Educational and Social Psychology careers of the Faculty of Psychology of the University of Cuenca during the academic period March 2019 - February 2020. The objective of the project was: to contribute in the empowerment of women who have experienced situations of violence, to improve their quality of life. The intervention process had a participatory and inductive approach, which made it possible to raise awareness among the participants regarding

their knowledge, strengths, and truths. In addition, it was mainstreamed by a humanist and gender approach (CIMAS, 2015). In this sense, 120 women from the Palmas, Amaluza and parish center parishes of the canton participated and 3 support groups (GAP) of women who experienced gender-based violence were formed. According to Falconi (2019) a GAP is a group of people who share similar problems, it is also an intervention strategy that seeks to respond to the social problem of gender violence, based on reflection - action. Among the main results, it was identified that women who have experienced situations of gender-based violence require a meeting space, which allows them to reflect and interact, as well as reinforce their learning in this regard, since this strengthened their self-esteem, as well as consider a plan of life and generate social support networks. Finally, it was identified that the rights protection systems are scarcely known by the women of the parishes and this affects their inter and intra personal relationships.

Keywords: Violence, gender, group and support.

#### Justificación

Según la Encuesta nacional de relaciones familiares y de violencia de género realizada en el 2019, en el Azuay, provincia de Ecuador 8 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia, así mismo, se indica que un importante porcentaje de mujeres no denuncia la situación de vulneración, si no que estas son puestas en conocimiento de personas del entorno cercano.

Desde el inicio de la emergencia sanitaria a la fecha, el ECU 911 (Cuenca - Ecuador) reporta en su sistema 1.708 llamadas de emergencia relacionadas con violencia intra familiar en la provincia del Azuay, teniendo un promedio de 6 casos diarios en la provincia, de estos 1 casos diarios corresponde a las estadísticas del cantón Gualaceo, en el que a la fecha se tienen según las mismas estadísticas 54 llamadas reportadas.

De conformidad a los reportes estadísticos de la Alianza para el Monitoreo y Mapeo de femicidios en Ecuador, desde agosto de 2014 hasta noviembre de 2020 se han registrado 443 casos de femicidio y durante la pandemia la vulnerabilidad de mujeres, niñas y cuerpos feminizados recrudeció y las sometió a situaciones de peligro permanente. Según los datos de la Plataforma del Consejo de la Judicatura, femicidios.ec, en el año 2020 se registraron 157 muertes violentas de mujeres, de las cuales 73 fueron tipificados como femicidios; en 2021 se registraron 227 muertes violentas de mujeres, de las cuales 116 fueron tipificados como femicidios. Hasta el 31 de julio de 2022, se registraron 216 muertes violentas de mujeres, entre ellas 52 femicidios.

La Ley orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra la mujer (2018), establece lineamientos para la protección y reparación integral a las víctimas desde la articulación del sistema, más sin embargo a finales del 2019, se eliminó el 84% del presupuesto para la implementación de referida ley, limitando el accionar de las entidades para la respuesta y seguimiento oportuno ante esta problemática, a ellos sumamos todos los efectos directos que las situaciones de violencia generan en los aspectos psicológicos, emocionales, sociales, relacionales

de las mujeres, aspectos que tienen incidencia directa e indirecta en la convivencia, la interacción social, entre otros.

A razón de ello, los grupos de apoyo de mujeres procuran generar espacios comunitarios de atención desde la terapia alternativa y fortalecimiento de capacidades para las mujeres que han vivido situaciones de violencia, contribuyendo al empoderamiento y autonomía de las mismas para su desarrollo y desempeño en los diferentes ámbitos de su vida y la prevención de situaciones de violencia futuras.

En este sentido, el plan de ordenamiento territorial del cantón reconocen a la violencia intrafamiliar y al consumo de alcohol como problemas significativos que deben ser abordados por las autoridades locales y frente a la falta de recursos para una intervención directa el Consejo Cantonal de Protección de Derechos de Sevilla de Oro solicitó la presencia de la Universidad de Cuenca y la Facultad de Psicología para sumar esfuerzos y realizar acciones de prevención, siendo necesario también a futuro desarrollar acciones para el fortalecimiento del sistema cantonal de protección de derechos.

#### Descripción del problema

En Ecuador, 65 de cada 100 mujeres han experimentado por lo menos un hecho o alguna situación de violencia a lo largo de su vida, colocando ya una cifra alarmante que evidencia la problemática. Azuay es la provincia en la que más hechos de violencia de género se ha reportado en comparación a las cifras nacionales, teniendo que, aproximadamente, 80 de cada 100 mujeres han experimentado algún hecho violento en su vida y de este dato el 46,2% se ha dado en el último año (INEC, 2019).

De los datos referidos, y siendo la provincia del Azuay, el territorio con mayor incidencia de situaciones de violencia, cuenta únicamente con dos centros de acogida para mujeres víctimas de violencia; Fundación María Amor (Cuenca), Centro de apoyo a la mujer y a las familias Las Marías (Gualaceo, Paute), esto según la información publicada en la página de la Secretaría de Derechos Humanos. En el 2018, se publica la Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, indicando en su articulado las competencias y atribuciones de las instituciones que conforman el sistema, para la prevención, atención y erradicación de todo tipo de violencia contra la mujer, (Incluidas las Juntas Cantonales de protección de derechos y las tenencias políticas).

Pese a ello, en la información recabada desde la Encuesta nacional de relaciones familiares y violencia de género (INEC, 2019), se evidencia que un importante porcentaje de las mujeres no denuncia la situación de vulneración, y mayoritariamente comenta la situación a personas del entorno cercano, normalizando en algunos casos y en otros, reduciendo la importancia del hecho violento o de la vulneración de derechos. De ello se desprendió la propuesta de intervención en el cantón Sevilla de Oro perteneciente a la provincia del Azuay con el proyecto de Vinculación con la Sociedad, denominado “Grupos de apoyo a personas víctimas de violencia de género” mismo que procura, contribuir al empoderamiento de mujeres que han vivido situaciones de violencia para

mejorar su calidad de vida, en un espacios de relación horizontal, en el cual desde la experiencia las mujeres puedan compartir y co-construir nuevas formas de relación consigo mismas y con los otros, generando a la vez estrategias de protección, afrontamiento ante las situaciones de violencia.

#### Método de intervención

La metodología de implementación tuvo un enfoque participativo e inductivo, lo que permitió generar conciencia en los participantes respecto a sus conocimientos, fortalezas y verdades. Además, estuvo transversalizada por un enfoque humanista, puesto que las acciones y actividades están centradas en la persona como fuente y centro de su propia transformación. Los resultados de la implementación de cada una de las sesiones tienen alta relación con: las actitudes, conocimientos, participación y experiencias de las participantes.

En este sentido, la adecuada implementación de las dinámicas de trabajo y estructura metodológica confluyen en interacción y relaciones colectivas para el aprendizaje, reflexión y orientación de prácticas desde un enfoque de prevención. El objetivo de las dinámicas de trabajo fue posibilitar el contacto de cada mujer consigo misma y con las demás a partir de generar un ambiente de confianza, y complicidad, lo que fortaleció el espíritu de grupo con lo cual la autoayuda entre las participantes se fomentó con facilidad (Falconí, 2019). Las actividades implementadas estaban orientadas a que las mujeres puedan vivenciar, compartir, reflexionar y actuar o proponer frente a una situación de violencia basada en género. Se intervino en las parroquias: Palmas, Amaluza y centro parroquial del cantón Sevilla de Oro.

#### Objetivos de intervención:

Contribuir en el empoderamiento de mujeres que han vivido situaciones de violencia, para mejorar su calidad de vida.

#### Objetivos específicos:

OE 1.- Sensibilizar a las mujeres sobre los distintos tipos de violencia y proporcionar herramientas para afrontar la misma.

OE 2.- Facilitar procesos de promoción de derechos con enfoque de género con mujeres.

El proceso de intervención tuvo una duración de un año y se realizaron sesiones grupales de manera consecutiva, las temáticas abordadas fueron las siguientes: Noviazgo sin violencia, respetar el cuerpo, violencia intrafamiliar, acompañamiento a víctimas de violencia, autoestima, mi comunidad y yo, rutas de protección de derechos, plan de vida, entre otros. La contraparte del proyecto fue el Consejo Cantonal de Protección de Derechos de Sevilla de Oro, con quienes se firmó un convenio de cooperación interinstitucional para el desarrollo de proyectos en pro de las parroquias del cantón.

Es necesario indicar que el grupo de estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca conjuntamente con los docentes responsables del proyecto facilitaron y acompañaron el

proceso de manera presencial a las parroquias antes mencionadas. Previo a intervenir en territorio, los grupos de estudiantes fueron capacitados en la Universidad de Cuenca por la planta docente, finalmente, las estancias de los estudiantes en territorio fueron de manera permanente e intensiva, es decir se realizaron estadías de 5 a 10 días en las parroquias, pues el cantón Sevilla de Oro esta ubicado a una distancia de 3 horas aproximadamente de la ciudad de Cuenca, además una de las necesidades de las participantes, eran trabajar en las tardes, noches o fines de semana.

### Resultados

Previo a desarrollar las sesiones en territorio, se realizaron diagnósticos psicosociales en cada parroquia, para conocer más de cerca las necesidades y la dinámica de cada parroquia, con este antecedente, se pudo ejecutar el plan de intervención para cada parroquia de la manera más óptima. Para efecto del análisis cuantitativo del proceso se tomó como punto de partida los objetivos del proyecto, a continuación, los resultados en torno a la formulación de cada uno.

OE 1.- Sensibilizar a las mujeres sobre los distintos tipos de violencia y proporcionar herramientas para afrontar la misma.

Resultados OE1.- El equipo interventor facilitó procesos enfocados en los tipos de violencia y herramientas para afrontar la misma, rutas de protección de derechos, entre otras temáticas, participando en los diferentes procesos 120 mujeres de las parroquias Palmas, Amaluza y Sevilla de Oro. Se desarrollaron 3 talleres de diagnóstico y 9 talleres participativos por cada parroquia, es decir 27 talleres en total.

OE 2.- Facilitar procesos de promoción y prevención de derechos con enfoque de género con mujeres.

Resultados OE 2.- El equipo interventor trabajó en las parroquias Palmas, Amaluza y Sevilla de Oro (centro parroquial) con 120 mujeres. Además, se ejecutaron eventos masivos de movilización:

Casa abierta en la Unidad Educativa “proyecto de vida, sexualidad y rutas de protección de derechos”

Un Foro de discusión respecto a la prevención de situaciones de violencia en la estación de radio local del cantón

Día el niño y niña del cantón Sevilla de Oro

Evento de cierre del proceso con una función de títeres desde un enfoque de derechos

El equipo facilitador indica como relevantes los siguientes resultados cualitativos.

Los sistemas de protección de derechos son escasamente conocidos por las mujeres en las parroquias rurales intervenidas, lo que genera que no se tengan óptimas redes de apoyo entre las mujeres que viven violencia basada en género.

Con cada una de las actividades realizadas en territorio se pudieron evidenciar que la violencia ha sido normalizada lo que repercute en las relaciones de pareja y en la crianza de sus hijos e hijas.

La mayoría de las participantes indicaron que el consumo de alcohol en su cantón es excesivo, lo que genera problemas intrafamiliares.

Como un problema latente y desencadenante de la violencia de género, son los problemas escolares de los hijos e hijas de la mayoría de mujeres participantes, pues vivencian situaciones de bullying dentro de las Unidades Educativas, además de ser la violencia física y psicológica las más ponderadas en las Unidades Educativas.

En este sentido es importante tomar en consideración los resultados de aprendizaje de los estudiantes participantes en el proceso:

Ejecuta planes de intervención para el fortalecimiento de organizaciones, comunidades y grupos.

Poseedor de amplios conocimientos psicológicos, teóricos y prácticos.

Hábil manejo de las técnicas y métodos necesarios para la práctica de la psicología en sus distintas especialidades.

Genera planteamientos y soluciones innovadoras frente a los problemas relacionados con la disciplina y muestra capacidad en la toma de decisiones.

Aplica técnicas de intervención breve para la resolución de conflictos dentro del sistema familiar.

Identifica colectivos y problemas que requieren atención diferencial.

### Conclusiones

El proyecto GAP permitió identificar nudos críticos de acción para futuros espacios de intervención, siendo estos hacer énfasis en la difusión de las rutas de protección y el que hacer del sistema de protección de derechos en situaciones de vulneración, la gran mayoría de participantes desconocían el accionar del Consejo Cantonal de Protección de Derechos de Sevilla de Oro.

Es necesario y urgente implementar proyectos y espacios de prevención desde las Unidades Educativas, pues la violencia en el cantón, está normalizada, siendo visibles los casos de bullying desde tempranas edades. Los GAP permitieron fortalecer las relaciones inter e intra personales de las mujeres participantes, siendo ellas las sucesoras del proceso en territorio, acompañándose y sosteniéndose las unas a las otras.

### Propuesta para mejorar la forma de intervención

Se recomienda que en los procesos de intervención se trabajen de manera articulada con los espacios denominados como contrapartes, además es necesario fortalecer los conocimientos y prácticas previamente con los equipos de estudiantes facilitadores, pues se requieren varias destrezas para el trabajo real y vivencial, ya que, al ser temas sensibles, surgen situaciones que se

desencadenan en llanto, siendo necesario conocer técnicas de acompañamiento emocional y primeros auxilios psicológicos.

Así también es necesario devolver la información recopilada en territorio, pues las participantes son la parte medular del proceso y se necesita triangular la información recabada para futuros proyectos de intervención e investigación.

#### Referencias

CIMAS (2009). Metodologías Participativas Manual. Madrid. Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible. <https://n9.cl/wyojn>

Falconí, F. (2019). Guía para acompañar grupos de apoyo de mujeres afectadas por la violencia. <https://n9.cl/oxf4a>

Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos INEC. (2019). Encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres ENVIGMU. <https://n9.cl/b1ah>

ONU Mujeres. (2022). Protocolo Nacional para Investigar Femicidios y otras Muertes Violentas de Mujeres y Niñas en el Ecuador: una aproximación desde las y los fiscales. <https://n9.cl/qwnwkl>

PDOT Azuay. (2023). Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Azuay. <https://n9.cl/y8w7o>

## Procrastinación y Estrés Académicos en Estudiantes Universitarios de León Guanajuato

Procrastination and Academic Stress in University Students from Leon Guanajuato

Alejandro Preciado Vázquez

Estudiante de la Universidad de Guanajuato

Correo: [a.preciadovazquez@ugto.mx](mailto:a.preciadovazquez@ugto.mx)

Teléfono: 4721119593

### Resumen:

La procrastinación es una conducta bastante frecuente en la población estudiantil, teniendo diversos efectos sobre su salud. En este estudio, el objetivo fue analizar la influencia de procrastinación académica en el estrés que experimentan estudiantes de la ciudad de León, Guanajuato. La muestra estuvo conformada por un total de 131 estudiantes universitarios con edad promedio de 21 años (DE= 1.84), 58 hombres y 73 mujeres. El método es de corte cuantitativo, transversal y no experimental. Se aplicó la escala de procrastinación académica de Busko para procrastinación y el inventario SISCO para el estrés académico. Entre los resultados se encuentra que no hay asociación entre procrastinación y estrés ( $p = .172$ ), pero sí existe entre subescalas de las mismas variables. Se demuestra que la procrastinación no tiene suficiente impacto en el estrés que estudiantes experimentan.

Palabras clave: procrastinación académica, estrés académico, estudiantes universitarios.

### Abstract:

Procrastination is a fairly frequent behavior in the student population, having various effects on their health. In this study, the objective was to analyze the influence of academic procrastination on the stress experienced by students from the city of León, Guanajuato. The sample consisted of a total of 131 university students with an average age of 21 years (SD= 1.84), 58 men and 73 women. The method is quantitative, cross-sectional and non-experimental. The Busko academic procrastination scale for procrastination and the SISCO inventory for academic stress were applied. Among the results, it is found that there is no association between procrastination and stress ( $p = .172$ ), but it does exist between subscales of the same variables. It is shown that procrastination does not have enough impact on the stress that students experience.

Key words: academic procrastination, academic stress, university students.

## Dimensión Social

La procrastinación se entiende de forma general como una tendencia a aplazar la realización de actividades con una fecha limitada (Díaz-Morales, 2019; Padilla, 2017; Toker y Avci, 2015). Tiene varios efectos en la salud de quien incurre en este tipo de prácticas, como aumento de vulnerabilidad en estilos de afrontamiento (Ferrari y Díaz-Morales, 2007), episodios de ansiedad o depresión (Padilla, 2017), y que incluso al haber experimentado las consecuencias, el procrastinador decide continuar con tal postergación.

Las variables con las cuales se ha relacionado la procrastinación son varias y han sido identificadas de forma general por diversos autores. Por ejemplo, ha sido relacionada con características propias de personalidad como presentar ansiedad, poca energía o baja autoestima (Díaz-Morales, 2019), así como características de impulsividad, dependencia o perfeccionismo (Quant y Sánchez, 2012, citados en Ayala, Rodríguez, Villanueva y Campos, 2018), mientras que otros autores atribuyen la influencia de la adicción al internet (Aznar-Díaz, Romero-Rodríguez, García-González y Ramírez-Montoya, 2020). También es vista como resultado de una serie de conductas que han sido reforzadas positivamente pese a los efectos que causa la delación de las tareas, esto dentro del modelo conductual de Skinner (Carranza y Ramírez, 2013). Incluso, se ha subrayado la mala administración del tiempo (Padilla, 2017).

Las personas que muestran procrastinación tienden a realizarlo en diferentes áreas de sus vidas. En ocasiones, las consecuencias negativas llegan a impactar incluso el mundo laboral de quienes procrastinan, teniendo efectos tales como ser más propensos a ser despedidos, obtener salarios menores, o en general, tener influencias en el tiempo de jornada laboral completo (Martínez, 2017). Dentro de las consecuencias también se provocan afectaciones a la salud mental como el aumento en los niveles de ansiedad y estrés (Barberá, 2014), o incluso, su presencia en niveles altos tiene influencia en la aparición de conductas suicidas (Gómez-Romero, Tomás-Sábado, Montes-Hidalgo, Brando-Garrido, Cladellas y Limonero, 2020).

A lo largo de los últimos años se han realizado varios estudios que analizan la procrastinación y su prevalencia en ciertos sectores de la población. La mayoría de estos han estado enfocados en analizar las tendencias de estudiantes universitarios por procrastinar sus actividades escolares. Así pues, algunos autores exponen que los niveles de procrastinación van en aumento (Carranza y Ramírez, 2013; Padilla, 2017).

Diversos estudios han esclarecido niveles de porcentajes en cuanto a incidencia de procrastinación en estudiantes sobre todo universitarios, en los cuales se observa una tendencia creciente de esta conducta (Rodríguez y Clariana, 2017). Así pues, algunos autores reportan que hay hasta un 70% de procrastinación presente en estudiantes universitarios en cuanto a tareas de índole académica (Díaz-Morales, 2019); en otros estudios los niveles alcanzan el 91% de encuestados (Padilla, 2017); otros localizan el porcentaje entre el 80% y 95% (Estrada y Mamani, 2020; García y Silva, 2020); basados en autoreportes, un 50% de estudiantes se perciben a sí mismos como procrastinadores (Rozental y Carlbring, 2014); incluso hay quienes establecen que un 20% de estudiantes presentan

procrastinación crónica (Carranza y Ramírez, 2013). Se observa que los niveles de procrastinación presente en estudiantes suelen sobrepasar el 50% de las poblaciones en las que se ha estudiado el fenómeno.

Otro factor asociado con la procrastinación ha sido la presencia y aumento de estrés académico de quien incurre en este tipo de prácticas (Rosário et al., 2009; Sirois y Pychyl, 2013). Sobre el estrés y su impacto, fuentes como la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2015) señalan las frustraciones escolares como causante de estrés, con efectos en la salud que generan ansiedad, tendencias a la agresión o en ocasiones, llegar a consumir alcohol o algún otro tipo de sustancias nocivas. El estrés es un problema recurrente que afecta a nivel mundial a muchos individuos y que presenta tasas de presencia altas en países como Estados Unidos, España y México (Rivas, Jiménez, Méndez, Cruz, Magaña y Victorino, 2014). En México, datos arrojados en el sitio web oficial del Gobierno de México, la Secretaría de Salud (2018) indica que un 60% de adultos entre 30 y 59 años presenta bruxismo como causa de los niveles de estrés que se experimentan, afectando altos porcentajes de individuos.

#### Justificación

Las consecuencias negativas que atrae procrastinar son en gran medida mayores que los aspectos positivos que pueden crearse a partir de incidir en esta conducta (García y Silvia, 2019), incluso si se experimenta satisfacción una vez concluida la tarea. Se entiende por tanto como una situación en la que aun cuando la persona es consciente de su papel activo en el aplazamiento voluntario de tareas importantes, no es capaz de corregir su accionar para beneficio propio desistiendo de la conducta, la cual tiene impacto en el buen funcionamiento de la vida diaria (Rozenal y Carlbring, 2014).

Varios estudios sobre procrastinación mencionan el estrés no como única consecuencia de la procrastinación (Rosario et al., 2009; Sirois y Pychyl, 2013), o bien se observa la no total claridad sobre si el bajo rendimiento actúa como causante de PA y ser esta una protección contra el estrés (Kuftyak, 2021). Por tanto, se busca esclarecer la influencia entre ambas (EA sobre PA) y cuanto porcentaje de población universitaria evaluada presenta estos problemas.

Así, una investigación sobre la relación de causalidad entre la procrastinación y el estrés experimentados por estudiantes puede justificarse en la medida en que intente, por ejemplo, corroborar relaciones entre la procrastinación como causante directa de estrés en estudiantes mexicanos debido a la escasa demostración en tal población a diferencia de otros países con más estudios respecto a la procrastinación como es el caso de Perú (Casasola, 2022). Dicha comprobación podría suponer una aseveración de causalidad lineal más estrecha que otorgue focos de interés a estos aspectos de tal forma que su estudio en conjunto represente una oportunidad para realizar métodos de intervención específicos y eficaces para reducir la procrastinación o bien prevenir su aparición. La prevención constituiría, además de fungir como recurso evitativo de las consecuencias propias de la procrastinación académica, un recurso también que propicie un proceso de aprendizaje sin dificultades para el estudiantado.

### Pregunta de investigación

¿Cómo influye la procrastinación académica en el estrés experimentado por estudiantes universitarios de León Guanajuato?

### Hipótesis

La procrastinación académica influye positivamente en los niveles de estrés experimentados por estudiantes universitarios de León, Gto.

### Objetivo general

Determinar la influencia de la procrastinación académica en el nivel de estrés experimentado por estudiantes universitarios de León, Gto.

### Objetivos específicos

Evaluar la presencia de procrastinación estudiantes universitarios.

Identificar el nivel de estrés que los estudiantes universitarios experimentan.

Comparar los niveles de procrastinación académica con el estrés y dilucidar el tipo de asociación entre ambas.

### Marco Teórico

#### Procrastinación

La procrastinación ha sido estudiada en diversos ámbitos como el sector de salud pública, gestiones financieras o en plano académico. Como actividad humana siempre ha estado presente en la vida diaria e incluso se remonta hasta menciones tan antiguas como el propio Cicerón (Gonzalez, 2015), y no fue hasta la revolución industrial cuando esta práctica tomó un acercamiento negativo, pues el modo de vida se configuraría de otra forma, así como la exigencia por parte de los nuevos modelos de desarrollo en cuestión económica y de producción, dando como resultado una nueva perspectiva ya no neutral sobre procrastinar (Quant y Sánchez, 2012).

La definición que se extrae de sus raíces etimológicas, provenientes del latín “procrastinare”, indican que es una conducta en la que alguna actividad se deja para mañana, para después (Gonzalez, 2015; Díaz-Morales, 2019). Por otro lado, la forma en que es señalada varía acorde al aspecto que se enfatiza por el autor, sin embargo es posible observar que varios de ellos la definen como una tendencia voluntaria a atrasar de manera irracional la realización de tareas específicas que tienen una fecha límite establecida para su completitud (Altamirano, 2020; Rodríguez y Clariana, 2017; Sirois, 2014; Steel, 2007; Shin, 2021). En el ámbito académico su enunciación enfatiza el aplazamiento de igual talante en cuanto a realización de tareas escolares, lo cual refiere

a trabajos, estudiar para exámenes, presentaciones, entre otras (Aznar-Díaz et al, 2011; Awuni, 2011; Toker y Avci, 2011).

En ocasiones la procrastinación suele ser confundida en primeras instancias con postergación. Si bien ambas pueden ser utilizadas indistintamente por algunas personas, debe tomarse en cuenta la diferencia entre una y otra pues es esencial para comprender la naturaleza de estas. Así pues, la postergación refiere al aplazamiento voluntario de tareas de forma que se da prioridad a aquellas con mayor importancia en el momento presente y además, no produce efectos negativos en la salud mental del individuo. En cambio, la procrastinación implica el deseo de realizar tareas pero no ser capaz de realizarla independientemente del momento en que se encuentre, ya sea el inicio, su desarrollo o finalización (Díaz-Morales, 2019). Algunos resultados muestran que individuos que procrastinan de manera crónica lo hacen con el fin de demostrarse con más capacidad al momento de realizar actividades, de tal forma que exageran los impedimentos y terminan por basar parte de su identidad en realizar tareas (Ferrari y Díaz-Morales, 2007).

#### Modelos Sobre Procrastinación. Procrastinador y Entorno.

La procrastinación puede ser explicada mediante dos enfoques conceptuales descritos pertenecientes a Solomon y Rothblum (1998, citado en Barraza y Barraza, 2020) y Ferrari et. al (1995, citados en Barraza y Barraza, 2020). El primer modelo refiere que la procrastinación es una conducta cuya finalidad es aplazar actividades incluso hasta el último momento de su plazo de entrega o realización, originando malestar en la persona; el segundo modelo resalta la incapacidad del sujeto por organizar de manera adecuada la realización de tareas en base al tiempo dispuesto.

En el modelo conductista, la conducta es mantenida porque ha sido reforzada con influencia de factores propios del contexto y ambiente, resultando en el hecho de que pese a no haber tenido el éxito, tampoco se han sufrido consecuencias perjudiciales (Ayala et al., 2018). El individuo busca compensaciones seguras y que no impliquen una demora larga para obtener la recompensa, mismo motivo por el cual ignora aquellas cuya espera no es de corto plazo (Quant y Sánchez, 2012). Asimismo, Agulado y Guerrero (1973, citados en Altamirano, 2020) mencionan el refuerzo negativo como principal mecanismo por el cual la conducta procrastinadora se mantiene, pues en contraposición al refuerzo positivo en el que se apremia una acción, el aplazamiento de tareas y su retirada temporal actúa como eliminación de lo que causa malestar en la persona.

Existen otros modelos cuya explicación ahonda en otras vertientes. En el modelo motivacional, la procrastinación surge debido a que las personas quienes incurren en esta conducta lo hacen por preferencia de los placeres a corto plazo y de situaciones donde consideran que tendrán un éxito asegurado. Esto se explica porque dentro de la motivación de logro, en los procrastinadores el miedo al fracaso es mayor que esperar el éxito, evitando tareas que son percibidas con más complejidad (Carranza y Ramírez, 2013). De ahí que la búsqueda de satisfacción y el logro asegurado en tareas no demandantes sean de mayor interés para el sujeto.

Para el modelo psicodinámico, la procrastinación se origina a causa de experiencias y traumas vivenciados en la infancia. Así, quienes hayan sido parte de un estilo de crianza demandante por parte de sus padres y al haber tenido problemas alcanzado objetivos y exigencias, tendrán más proclividad a evadir situaciones que evalúen sus capacidades, explicándose esto por la regresión a la aceptación que pudo o no haber conseguido de los padres (Altamirano, 2020).

Una propuesta diferente que abarca la consideración de diversos factores que actúan como potenciadores para fomentar la procrastinación pertenece a Schraw, Wadkins y Olafson (2007, citados en Garzón y Gil, 2017). Acorde a este modelo, un estudiante procrastina por la conjunción simultánea de distintos factores. Dentro de los componentes que caracterizan el modelo se encuentra el contexto y las condiciones de la persona.

Asimismo aunque no propiamente explica la procrastinación, la teoría del campo propone una relación entre individuo y ambiente, o bien su campo, de la cual se enuncia no es posible la comprensión de uno sin el otro ya que existe constantemente una relación mutua (Jaramillo, 2017). Por tanto, comprender la procrastinación tendría que abordar en su estudio las características del ambiente en que una persona está inscrita, pues es a las exigencias de este a las que esta impuesta y actúan necesidades por satisfacerse (Ayala et al. 2018).

La teoría del foco regulatorio enfatiza tendencias que las personas pueden tomar para el alcance del logro y/o placer y la huida de la pérdida en función de las demandas que se encuentran en su ambiente, así como la presión generada (Brockner, Higgins and Low, 2003); esta teoría ha tenido aplicaciones en psicología (Wu, Huang y Leon, 2019). Las tendencias anteriores se dividen de forma dicotómica en promoción y prevención. Personas enfocadas en la promoción toman decisiones y acciones encaminadas a la obtención de resultados positivos y logros que engloban el ideal de sí mismas estando estas basadas en sueños y aspiraciones, mientras que quienes se enfocan en la prevención lo hacen con la intención de minimizar pérdidas y estrés, actuando en base a obligaciones y responsabilidad de tareas, basándose en el deber ser (Brockner, Higgins and Low, 2003; Coleman, Royne y Pounders, 2019; Wu, Huang y Leon, 2019). Se hace suponer, entre el modelo conductista y la teoría del foco regulatorio, que el procrastinador pese a vivenciar situaciones como demandantes o necesarias para cumplir ciertos objetivos, decide incidir en aquellas actividades que le otorgan un placer asegurado.

### Estudios sobre Procrastinación

La procrastinación ha sido estudiada y analizada con diferentes factores específicos tanto de características personales como por especificidades académicas en cuanto a contenidos. Carranza y Ramírez (2013) evaluaron el nivel de relación entre la procrastinación y algunos factores sociodemográficos con una muestra de 302 estudiantes universitarios de nacionalidad Peruana. Los resultados significativos revelan que esta conducta va en aumento, además de ser más prevalente en mujeres, datos que se contraponen a otros estudios en que los hombres son quienes muestran mayor comportamiento procrastinador (Domínguez, Prada y Moreta, 2019), pues se observa en mujeres una mayor tendencia por el control (Steel, 2007) o bien, estudios donde se aprecia un nivel

igualitario (Díaz-Morales, 2019; Gómez-Romero et al., 2020). En cuanto al área de estudios, los primeros encontraron mayor prevalencia en ingenierías y arquitectura. No obstante, (Kuftyak, 2021) reporta que tal tendencia es mayor en estudiantes de humanidades en comparación a ingenierías, dado que los primeros muestran menor motivación para completar asignaciones de tipo escolar, además de la tendencia a desempeñar actividades fuera del currículo académico con más impulsividad entre unas y otras.

Por otro lado, Aznar-Díaz et al. (2020) realizaron un estudio en el que analizaron la adicción al internet con PA y la relación de algunos factores sociodemográficos con la primera variable. Se resalta que altos niveles de adicción al internet se relacionan positivamente con la PA, además de que tal adicción suele ser más alta en estudiantes de ingenierías y arquitectura en comparación a su contraparte de área de salud. Por tal razón, se aprecia la necesidad de analizar la relación del área de estudio con la PA en estudiantes no españoles.

En España, Rodríguez y Clariana (2017) realizaron un estudio con estudiantes universitarios y la influencia de la edad y el curso escogido con los niveles de PA que estos presentaban. La muestra fue de 105 alumnos pertenecientes al programa de Sociología. En los resultados, se encontró una relación positiva con la edad por sí sola ya que la aparición de PA aumentaba durante los primeros años de universidad. No se advierte relación de PA en conjunto con la edad y el curso tomado, resaltando estos hallazgos conforme a los objetivos que propusieron. Díaz-Morales (2019) menciona que no hay diferencias en cuanto a edad.

Torres, Padilla y Valerio (2017) realizaron un estudio con 12 participantes sobre la procrastinación y como su aparición es influenciada por las demandas de la tarea a realizar. Los resultados arrojaron que 9 de ellos no incurrieron en esta conducta, sin embargo, los 3 participantes restantes lo hicieron de forma constante a medida que se iba aumentando la demanda de la tarea. La explicación propuesta es que tanto las diferencias individuales como las contingencias a que se expone cada persona, juegan el papel de tipos de interacciones personales con el medio y los distractores respectivamente, señalando la necesidad de analizar la procrastinación con estas implicaciones.

Awuni (2009) realizó un estudio en el que se examinaba la prevalencia de procrastinación y seis dimensiones de ansiedad estadística en población universitaria. La muestra estuvo compuesta por 103 participantes de diferentes disciplinas académicas. En los resultados, no solo se hace distinción en el diferente nivel de PA presente dependiendo de la actividad escolar presente como realizar un ensayo o una lectura, sino que se evidencia su relación con presencia de ansiedad y aspectos de esta ya sea miedo a fallar, ansiedad social, entre otros.

Asimismo, la procrastinación ha sido abordada como un rasgo de personalidad ya que suele ser estable a lo largo del tiempo. Esto se analizó en un estudio realizado por Arvey, Rotundo, Johnson y McGue (2003, citados por Steel, 2007), en donde se demostró que la personalidad tiene suficiente estabilidad a lo largo de un periodo de diez años. En el mismo estudio, Steel (2007) cita a varios autores que han analizado la prevalencia de procrastinación con la teoría de los Cinco Grandes. Asimismo, Steel y Klingiseck (2016, citados en Altamirano, 2020) analizaron estas dos variables

en base a la teoría anterior con una muestra de 167 estudiantes universitarios, develando que la escrupulosidad fue el rasgo mayormente presente.

#### Causas

Además de la potencial relación con características sociodemográficas abordadas anteriormente, se han identificado diferentes variables que guardan una relación que si bien no es explicativa en su totalidad, cuentan como factores para propiciar la aparición de la procrastinación. Entre estas, se encuentra la falta de motivación intrínseca para tareas académicas así como una incapacidad para ignorar distracciones, también, se aprecian hábitos que se han generado con anterioridad, los cuales han sido reforzados (García y Silva, 2020), sabotaje a sí mismo a causa de baja eficacia y presencia de dudas (Rozenal y Carlbring, 2014), fallas e incapacidad para planificar y organizarse en torno al tiempo y ejecución de actividades (Padilla, 2017), grado de impulsividad o incluso el tipo de actividad y el contexto en que se encuentra el individuo (Gonzalez, 2015).

#### Consecuencias

Por otro lado, las consecuencias han sido estudiadas y estas resaltan no solamente el impacto positivo que el incidir en procrastinar puede generar como sus efectos en aumento de creatividad (Shin, 2021) o de rendimiento energético (Saeed y Alghamdi, 2014), sino que son además, más prolíferas aquellas que resaltan el impacto negativo que provoca en la salud mental de quien recurre a esta conducta. En este sentido, al otorgar mayor importancia al placer y estado de ánimo del presente delegando las responsabilidades futuras, se producen efectos negativos tanto física como mentalmente, por ejemplo, altos niveles de estrés, ansiedad, depresión (Sirois y Pynchyl, 2013), malestares físicos como cefaleas y problemas gástricos (Estrada y Mamani, 2013), rendimiento escolar bajo y por ende, bajas calificaciones (Padilla, 2017). Incluso dentro del mismo ámbito de la procrastinación, Gómez-Romero et al. (2020), hicieron un estudio en el que analizaron la relación entre la PA, la conducta suicida y el papel modulador de la regulación emocional. En sus resultados, donde se contemplaron correlaciones de Pearson y la macro Process de Hayes, la PA y la regulación emocional influyen de forma directa con la conducta suicida. La PA actuando como factor que potencia la conducta suicida.

#### Estrés

El estrés se entiende primordialmente como una respuesta fisiológica y comportamental del organismo que se presenta cuando el individuo percibe algo a su alrededor como potencialmente peligroso y dañino para el mismo (Kuftyak, 2021), por lo cual se interpretaría como un mecanismo de defensa. No obstante requiere de un abordaje que considere analizarlo desde una perspectiva más amplia que abarque aspectos no solo bioquímicos y los ya mencionados, sino que tome en consideración aspectos externos e internos (Naranjo y María, 2009). En el ámbito académico su definición no difiere en gran medida y la naturaleza del estrés es la misma, entendido en este campo como una herramienta para afrontar las demandas escolares (Deane y Song, 2014).

El estrés afecta de múltiples maneras al individuo que se encuentra bajo un estado constante su presencia. Por ejemplo, en primera instancia se observan efectos en el plano escolar como lo es rendimiento académico disminuido, habilidades cognitivas declinadas, o incluso, afectaciones en las relaciones interpersonales, lo que a su vez resulta en mayor proclividad para conductas perjudiciales como el consumo de drogas (Maturana y Vargas, 2015). En cuanto a personas procrastinadoras y quienes no lo son, el estrés suele ser mayor en las primeras interfiriendo este en su proceso de aprendizaje además de la influencia de otros factores como gran carga académica o poca habilidad para organizar sus actividades, al igual que con procrastinación (Kuftyak, 2021). Se han reportado consecuencias similares en cuanto a la afectación en la salud del individuo procrastinador y el estrés, tales como presencia de somnolencia, cansancio, problemas en habilidades como concentración, entre otros (Barraza y Barraza, 2019).

Según Sirois (2014), el estrés está generalmente relacionado con una salud pobre, y que las relaciones entre procrastinación y estrés aun no son lo suficiente claras. En su estudio, se encontró que bajos niveles de autocompasión explican parcialmente altos niveles de estrés provocados por la procrastinación, actuando la autocompasión como una especie de mediador entre ambas.

Acorde a un estudio realizado por Brobbey (2021), en el cual se analizaron las relaciones entre el estrés académico y su impacto en el aprovechamiento académico, este tiende a afectar directamente el desempeño escolar. En este sentido los estudiantes, mediante el análisis de sus respuestas en los instrumentos de evaluación dentro de los que se encuentran cuestionarios, se observa que mientras más altos niveles de estrés experimentaban durante su asistencia a la escuela, peor resultaba su rendimiento escolar, de la misma manera que afectaba su capacidad de aprendizaje. Además, los efectos de la presencia de estrés en la población general incluyendo estudiantes, responden a problemas de sueño, problemas con sus relaciones interpersonales, mal genio, entre otras, lo que a su vez resulta en más estrés por la experiencia de mal rendimiento escolar y no poder controlar todos estos factores (Edjah, Ankomah, Domey y Ekow, 2020).

Con relación a la procrastinación, Chun-Chu y Choi (2005, citados en Ayala et al., 2018) propusieron dos modelos, diferenciando entre procrastinación pasiva y activa. Acorde a esta clasificación quienes pertenecen a la primera categoría suelen ser indecisos, incapaces de tomar decisiones y de prevalencia mayor, en cambio los de la segunda clasificación deciden voluntariamente aplazar actividades, trabajan bajo presión y no presentan niveles de estrés.

Gomez-Romero et al., (2020), realizaron un estudio donde concluyeron que la procrastinación esta relacionada con la regulación emocional y estos dos aspectos influyen en la presencia de estrés, ya que se asume la ausencia del aspecto aversivo percibido en tareas provocaría un mayor bienestar, el cual se trabajaría aumentando los sentimientos de autoeficacia y autoestima, además de una correcta gestión de tareas escolares (Gómez-Romero et al., 2020)

Barraza y Barraza (2018), condujeron un análisis de la prevalencia de procrastinación y estrés en estudiantes pertenecientes al nivel de educación media superior en México. Los resultados reportan que existe una relación entre PA y la dimensión de autorregulación con el estrés de manera positiva,

sin embargo, la totalidad de dimensiones entre PA y estrés muestran no relación. Se menciona como limitación el análisis de una sola institución, por lo que se destaca una réplica similar en otras instituciones y de nivel universitario.

También, el estrés junto con la ansiedad, han sido definidos como efectos recurrentes cuando existe procrastinación. Así, Casasola (2022) durante una revisión sistemática de la procrastinación, resalta que el estrés ha sido encontrado en varias ocasiones como una consecuencia directa de la procrastinación. En cuanto a un modelo explicativo del estrés, Barraza (2006, citado en Barraza y Barraza, 2020), lo expone como un modelo de tres dimensiones, abarcando estresores, síntomas y estrategias, estando relacionados estos aspectos con la procrastinación al considerarse las tareas como estresores potenciales.

#### Método

El método es cuantitativo, transversal, no experimental. Uso de muestreo no probabilístico.

#### Participantes

La muestra está conformada por 131 estudiantes pertenecientes a universidades de la ciudad de León, Guanajuato. Sus edades se encuentran en un rango de 18 a 29 años ( $M= 21.15$ ;  $DS= 1.84$ ). De los participantes, 55.7% fueron mujeres y 44.3% fueron hombres. Asimismo, un 55.7% cuentan con trabajo mientras que 44.3% no tienen alguno.

En cuanto a las carreras en curso, se obtuvo que ingeniería industrial representa un 46.6% de la muestra total psicología un 26%, siendo estos los grupos más grandes en comparación a otras carreras tales como odontología con un 4.6%, ciencia política y administración pública 4.6%, enfermería 3.8%, ciencias de la actividad física y salud 2.3%, nutrición 2.3%, administración agropecuaria 2.3 %, trabajo social 2.3%, desarrollo y gestión interculturales 1.5%, pedagogía 1.5%, ciencias agrogenómicas .8%, medicina .8% e ingeniería en sistemas computacionales con .8%.

#### Instrumentos

Primeramente para medir el nivel de procrastinación de los estudiantes universitarios, se tomó en cuenta la Escala de Procrastinación Académica, que fue creada por Busko (1998, citado en Trujillo-Chumán y Grijalva, 2020), y es frecuentemente utilizada en estudiantes (Díaz-Morales, 2019). Estos reactivos se responden mediante una escala de tipo Likert, para los cuales se disponen las respuestas de: nunca, pocas veces, a veces, casi siempre y siempre. Conforme a la validación de la escala en población mexicana se empleó la versión de 12 ítems usada por Barraza y Barraza (2018) la cual cuenta con una confiabilidad de .78 para alfa de Cronbach. Si bien el autor propone descartar dos ítems, no lo considera concluyente e incita a continuar con la aplicación y análisis de la misma escala. Para la medición del estrés académico se utilizó la escala SISCO. La versión original de esta escala consta de 37 ítems, sin embargo, Barraza-Macías (2018), realiza una revisión en la cual argumenta que tal versión puede verse reducida debido a sobrerrepresentación de un factor y relativamente bajo nivel de confiabilidad para la escala de afrontamiento, por lo cual termina

proponiendo una escala de 21 ítems luego de realizar diversos análisis. Esta versión, validada en México, muestra un alfa de Cronbach de .85 y todos sus ítems relacionan positivamente en consistencia interna.

### Procedimiento

Los instrumentos de medición fueron transcritos al software de aplicación en línea Formularios de Google. Una vez obtenido el enlace, se contactó a diversos estudiantes y maestros para que lo reenviaran a sus contactos y así poder recolectar respuestas. Además, el enlace fue compartido en diferentes plataformas digitales así como por medio de códigos QR. Lo anterior contaba con un consentimiento informado el cual debía ser aceptado para responder los instrumentos. Al cumplirse el plazo de tiempo destinado para la recolección de datos, se cerró la admisión de respuestas, para luego descargar la información en Excel y pasarla al programa SPSS para su posterior análisis. Dentro de la información compartida se planteó a los participantes la opción de obtener los resultados una vez finalizada la investigación, para lo cual de forma libre proporcionaron sus correos quienes así lo quisieron.

### Resultados

#### Análisis

Primeramente se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, dando como resultados un nivel de significancia de 0.057 para la escala de procrastinación académica y un nivel de 0.00 para la escala SISCO, por lo que al momento de realizar correlaciones, se usó Spearman por considerarse como una muestra no paramétrica. El análisis de confiabilidad de la escala de procrastinación académica de Busko mostro un alfa de Cronbach de .854, y un .958 para la escala SISCO.

#### Análisis de Correlación

Conforme a los criterios de normalidad, se procedió a realizar el análisis correlacional de Spearman entre las dos variables de forma general. Los resultados muestran que no existe correlación entre las variables procrastinación y estrés académicos como dimensiones generales ( $p = .172$ ).

En un segundo momento, se realizó un análisis entre las diferentes dimensiones de cada una de las variables, obteniéndose los resultados que se muestran en la tabla 1. Como se observa, las únicas dimensiones que muestran asociación positiva de fuerza moderada son postergación de actividades con síntomas, y autorregulación académica con síntomas, por otro lado la dimensión de autorregulación académica se asocia con estrategias de afrontamiento de manera negativa y moderada.

Tabla 1. Análisis correlacional entre las dimensiones que componen las escalas de procrastinación y estrés académicos

	Postergación de actividades	Autorregulación de académica
<b>Estresores</b>	.127	.120
<b>Síntomas</b>	.324**	.311**
<b>Estrategias de afrentamiento</b>	-.168	-.275**

Un tercer análisis correlacional entre la variable procrastinación y las dimensiones del estrés, muestra asociación entre la procrastinación y la dimensión de síntomas con un coeficiente de .342 ( $p = .000$ ). Luego, se realizó un análisis entre la variable estrés y las subescalas de procrastinación, encontrando un coeficiente de .175 entre estrés y la subescala de postergación ( $p = .046$ ).

Para conocer si había diferencias significativas entre el sexo y el nivel de procrastinación, se realizó la prueba de U de Mann-Whitney, obteniendo como significancia ( $p = .643$ ). Asimismo, se realizó un análisis entre el sexo y el nivel de estrés reportado, obteniéndose un nivel de significancia menor a 0.05 ( $p = .013$ ).

Otro análisis fue efectuado en cuanto a la edad y el nivel de procrastinación, obteniendo una asociación positiva ( $p = 0.002$ ). En cuanto al estrés con la edad, no se encontró asociación ( $p = 0.78$ ). Como parte del análisis también se consideró determinar si la variable de tener un trabajo actual generaba alguna diferencia sobre la procrastinación, obteniendo no asociación ( $p = .120$ ).

Para analizar si existía alguna diferencia significativa entre la carrera en curso y procrastinación, se utilizó el análisis de Kruskal Wallis, obteniendo significancia estadística ( $p = .004$ ).

### Discusión

De forma fundamental el planteamiento de la presente investigación consistía en observar si existía algún efecto o influencia de la procrastinación sobre el estrés académico. Para esto, se tenía contemplado utilizar el análisis de regresión lineal, no obstante, fue descartado considerando que la muestra no cumple con los supuestos estadísticos necesarios para su aplicación, descritos por Cabrera et al. (2010), a saber, distribución normal y preferentemente recolectar los datos de manera longitudinal.

Entonces, el nivel de análisis realizado fue mediante la correlación de Spearman para determinar el nivel de asociación entre las variables propiamente y sus dimensiones, a lo cual una pregunta de investigación más apropiada podría ir del siguiente modo de: ¿Cómo se asocia la procrastinación y estrés académicos en estudiantes universitarios?

Propiamente, los análisis de correlación general entre variables muestran que no hay asociación entre procrastinación y estrés, siendo este resultado similar al referido por Barraza y Barraza (2020) y contrario a lo reportado por Estrada y Mamani (2020), Padilla (2017), por Steel (2007), donde se concluía que la procrastinación aumentaba los niveles de estrés, por Kuftyak (2021) donde mayor presencia de procrastinación indicaba que mayor presencia de estrés evaluaría la persona. Podría

ser que no en todos los casos el estrés tenga el suficiente grado de presencia a causa principal de la procrastinación y sea más propio por la naturaleza de la actividad que se realiza (Gonzalez, 2015). O bien, que como dice Ayala et al. (2018), dentro del modelo conductista, pudiera ser que debido a que las consecuencias por procrastinar no son lo suficiente perjudiciales como para ocasionar un impacto en el sujeto de aprendizaje de nueva conducta. En cuanto al estrés con las subescalas de procrastinación, se demuestra asociación positiva de fuerza entre este y la postergación, aunque con una fuerza débil, podría hacer referencia a que mientras mayor se posterguen las cosas, aumentaría el estrés.

Quizá la discrepancia entre estudios se deba a que la muestra no presenta una distribución normal, por lo que estudios posteriores que se basen en una homogeneidad en cuanto a ciertas características de la población pudiera aportar sobre si esta es una de las razones por las que en el estudio presente no hay asociación entre las variables.

No obstante, los resultados muestran que existe asociación entre diversas subdimensiones de las variables generales. Así, se encontró que la postergación de actividades y autorregulación académica se asocian positivamente con los síntomas de estrés, posiblemente porque como dice Barraza en su modelo (2006), cuando las demandas puestas al sujeto son vistas como estresores y se evitan (Díaz, 2018), generan retraso y consigo los síntomas que tales fuentes causan.

La autorregulación en este contexto es entendida como un proceso en el cual el estudiante establece objetivos y activamente intenta prestar atención a sus cogniciones y aspectos que motiven a la realización de estos (Domínguez, Villegas y Centeno, 2014). Así pues, la autorregulación académica se asocia negativamente con las estrategias de afrontamiento, aunque con una fuerza débil. Asimismo, relacionando este resultado con el nivel de asociación entre la procrastinación como variable general y la dimensión de síntomas de la escala de estrés, se observa que la asociación es más fuerte en este análisis a comparación del anterior, pudiendo significar que en ocasiones los síntomas tienen mayor impacto en las acciones de la persona por lo cual se mermaría el efecto de las estrategias de afrontamiento que la autorregulación proporcionaría.

No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de procrastinación y el sexo de los participantes, contrario a lo reportado por Carranza y Ramírez (2013) y Saeed y Alghamdi (2015), no así como con Matalinares et al. (2017, citado en Casasola, 2022), donde no hay asociación entre el sexo pero sí con la edad, al igual que lo arrojado en este estudio.

Se pretendía realizar un análisis en cuanto a la relación de la carrera en curso y la procrastinación reportada por los estudiantes, sin embargo, no fue posible realizar un análisis post hoc puesto que al menos una categoría tenía menos de un caso. Sería pertinente que futuras investigaciones ahonden en si existe alguna diferencia entre carreras universitarias, así como lo reportado por Kuftyak (2021).

Es importante notar que se realizó una recodificación de las respuestas de los ítems que conforman la subescala de autorregulación académica, pues como lo explican Domínguez, Villegas y Centeno

(2014), mayor puntuación representaría menor autorregulación, esto siguiendo el sentido en que los ítems restantes fueron redactados, ya que si no se hiciese esta nueva codificación, sería contrario el sentido del constructo evaluado, incluso se obtendría un alfa mucho menor a la presentada.

### Conclusiones

Las escalas de procrastinación y estrés académicos presentan un nivel de confiabilidad alto, no sin considerar que para la procrastinación sería necesario una recodificación en las respuestas de la subescala de autorregulación académica, por lo cual los resultados no deben tomarse como concluyentes. Para posteriores estudios se recomienda analizar detalladamente las características de los instrumentos para evaluar, además de ampliar la muestra y acotar las características de esta. Es importante elegir un marco conceptual adecuado para el análisis de la procrastinación, pues como los diversos estudios citados muestran, aún existe debate en cuanto a su enunciación, resultando en diversas acepciones que afectan las acciones que han de ser evaluadas sobre el constructo.

### Limitaciones y direcciones a seguir

La población evaluada podría ser más heterogénea para poder realizar alguna generalización acorde a los resultados que se obtengan, pues en la investigación presente solo se tomó en cuenta la ciudad y edad. Asimismo, sería adecuado definir con más especificidad las características de la muestra y el número que ha de conformarla, asegurando una correcta distribución dependiendo del constructo y variables que han de medirse. Sería interesante utilizar otro instrumento para la medición de la procrastinación que cuente con niveles validación y confiabilidad adecuados y contrastar si existe diferencia sustancial entre los resultados que la escala de Busko arroja frente a los nuevos. En cuanto a la no relación general entre procrastinación y estrés, resultaría pertinente profundizar en el impacto que otras variables tienen sobre la procrastinación y dilucidar en la medida de lo posible sobre por qué el estrés parece no afectar su aparición.

### Agradecimientos

Se agradece a mis padres Gelasio y Maribel por el constante apoyo recibido durante el transcurso de la licenciatura, así como de la realización de la presente investigación. Asimismo, se agradece a mi tutora de investigación Eva Paola Arenas por toda la ayuda que aportó desde el comienzo de esta investigación hasta su término, además del aprendizaje que su tutela abona.

### Referencias

Altamirano, C. (2020). La procrastinación académica y su relación con los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios. (Informe de investigación), Universidad Técnica de Ambato/ Facultad de Ciencias de la Salud/ Carrera de Psicología Clínica. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/31553/1/ALTAMIRANO%20CHERRE%20CYNTHIA%20ESTEFANIA%20%28sello%29.pdf>

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2015). Como se Puede Ayudar a los Adolescentes con Estrés. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 66. Recuperado de: [https://www.aacap.org/AACAP/Families\\_and\\_Youth/Facts\\_for\\_Families/FFF-Spanish/Como%20se%20Puede%20Ayudar-a-los-Adolescentes-con-Estres-066.aspx](https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/Como%20se%20Puede%20Ayudar-a-los-Adolescentes-con-Estres-066.aspx)

Awuni, J. (2011). Correlates of course anxiety and academic procrastination in higher education. *Global Journal of Educational Research*, 10(1), 55-65. <file:///C:/Users/HP%2015/Downloads/79048-Article%20Text-185048-1-10-20120716.pdf>

Ayala, A.; Rodriguez, R.; Villanueva, W.; Hernandez, M. y Campos, M. (2018). La procrastinación académica: teorías, elementos y modelos. *Paidea*, 1, 40-52. [https://www.researchgate.net/publication/340522162\\_La\\_procrastinacion\\_academica\\_teorias\\_elementos\\_y\\_modelos/fulltext/5e8f4c0da6fdcca789033978/La-procrastinacion-academica-teorias-elementos-y-modelos.pdf](https://www.researchgate.net/publication/340522162_La_procrastinacion_academica_teorias_elementos_y_modelos/fulltext/5e8f4c0da6fdcca789033978/La-procrastinacion-academica-teorias-elementos-y-modelos.pdf)

Aznar-Díaz, I.; Romero-Rodríguez, J.; García-González, A. y Ramírez-Montoya, M. (2020). Mexican and Spanish university students' Internet addiction and academic procrastination: Correlation and potential factors. *Plos One*, 15(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233655>

Barraza, A. (2018). Inventario SISTémico COgnoscitivista para el estudio del estrés académico. Segunda versión de 21 ítems. ECORFAN: Durango, México. [https://www.ecorfan.org/libros/Inventario\\_SISCO\\_SV-21/Inventario\\_sist%C3%A9mico\\_cognoscitivista\\_para\\_el\\_estudio\\_del\\_estr%C3%A9s.pdf](https://www.ecorfan.org/libros/Inventario_SISCO_SV-21/Inventario_sist%C3%A9mico_cognoscitivista_para_el_estudio_del_estr%C3%A9s.pdf)

Barraza, A. y Barraza, S. (2018). Procrastinación y estrés. Análisis de su relación en alumnos de educación media superior. *Revista de Investigación Educativa*, 28. <https://doi.org/10.25009/cpue.v0i28.2602>

Barberá, J. (2014). Procrastinar mal hábito para el aprendizaje y el rendimiento académico. Universidad Internacional de Valencia. Recuperado de: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/procrastinar-mal-habito-para-el-aprendizaje-y-el-rendimiento-academico>

Brobbe, E. (2021). The impact of stress on the academic performance of students in the University of Cape Coast, School of Business. University of CapeCoast/ Bachelor of Commerce Degree in Management. [https://www.researchgate.net/publication/355049499\\_The\\_impact\\_of\\_stress\\_on\\_the\\_academic\\_performance\\_of\\_students\\_in\\_the\\_University\\_of\\_Cape\\_Coast\\_School\\_of\\_Business](https://www.researchgate.net/publication/355049499_The_impact_of_stress_on_the_academic_performance_of_students_in_the_University_of_Cape_Coast_School_of_Business)

Brockner, J.; Higgins, E. y Low, M. (2003). Regulatory focus theory and the entrepreneurial process. *Journal of Business Venturing*, 19(2004), 203-220. [https://www0.gsb.columbia.edu/mygsb/faculty/research/pubfiles/403/BrocknerHiggins\\_RegFocusTheory.pdf](https://www0.gsb.columbia.edu/mygsb/faculty/research/pubfiles/403/BrocknerHiggins_RegFocusTheory.pdf)

- Cabanach, R.; Souto-Gental, A. y Franco, V. (2016). Escala de Estresores Académicos para la evaluación de los estresores académicos en estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(2), 41-50. <https://www.redalyc.org/pdf/2451/245145815001.pdf>
- Castañeda, M.; Cabrera, A.; Navarro, Y. y Vries W. (2010). *Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS: Un libro práctico para investigadores y administradores educativos*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Casasola, W. (2022). Revisión sistemática sobre procrastinación en estudiantes universitarios en el contexto latinoamericano. *Revista Psicología UNEMI*, 6(11), 227-244. DOI: 10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp227-244p
- Carranza, R. y Ramírez, A. (2013). Procrastinación y características demográficas asociados en estudiantes universitarios. *Revista Apuntes Universitarios*, 3(2), 95-108. <https://www.redalyc.org/pdf/4676/467646127006.pdf>
- Coleman, J.; Roynes, M. y Pounders, K. (2019). Pride, Guilt, and Self-Regulation in Cause-Related Marketing Advertisements. *Journal of Advertising*, 49, 34–60. DOI: 10.1080/00913367.2019.1689871
- Deane, P. y Song, Y. (2014). Academic Stress as a Predictor of Chronic Stress in University Students. *Psicología Educativa*, 20(1), 47-52. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pse.2014.05.006>
- Díaz-Morales, J. (2019). Procrastinación: Una revisión de su medida y sus correlatos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 51(2), 43-60. <https://doi.org/10.21865/RIDEP51.2.04>
- Domínguez, S.; Villegas, G. y Centeno, S. (2014). Procrastinación académica: validación de una escala en una muestra de estudiantes de una universidad privada. *Liberabit*, 20(2). Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272014000200010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272014000200010)
- Edjah, K.; Ankomah, F.; Domey, E. y Ekow, J. (2020). Stress and Its Impact on Academic and Social Life of Undergraduate University Students in Ghana: A Structural Equation Modeling Approach. *Open Education Studies*, 2, 37-44. <https://doi.org/10.1515/edu-2020-0100>
- Estrada, E. y Mamani, H. (2020). Procrastinación académica y ansiedad en estudiantes universitarios de Madre de Dios, Perú. *Apuntes Universitarios*, 10(14). DOI: <https://doi.org/10.17162/au.v10i4.517>
- Ferrari, J. y Díaz-Morales. (2007). Perceptions of Self-concept and Self-presentation by Procrastinators: Further Evidence. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 91-96. <https://www.redalyc.org/pdf/172/17210108.pdf>
- García, V. y Silva, M. (2020). Procrastinación académica entre estudiantes de cursos en línea. Validación de un cuestionario. *Apertura*, 11(2). DOI: <https://doi.org/10.32870/ap.v11n2.1673>

- Garzón, A. y Gil, J. (2017). El papel de la procrastinación académica como factor de la deserción universitaria. *Revista Complutense de Educación*, 28(1), 307-324. [file:///C:/Users/HP%2015/Downloads/ecob,+307-324%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP%2015/Downloads/ecob,+307-324%20(1).pdf)
- Gómez-Romero, M.; Tomás-Sábado, J.; Montes-Hidalgo, J.; Brando-Garrido, C.; Cladellas, R. y Limonero, J. (2020). Procrastinación académica y riesgo de conducta suicida en jóvenes universitarios: el papel de la regulación emocional. *Elsevier*, 26(2-3), 112-119. DOI: [10.1016/j.anyes.2020.06.002](https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.06.002)
- Gonzalez, F. (2015). La procrastination académique chez les étudiants. Quelles en sont les causes et comment le site universitaire de Louvain-La-Neuve peut accentuer ce phénomène? *Louvain School of Management, Université Catholique de Louvain*. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:2876>
- Kuftyak, E. (2021). Procrastination, stress and academic performance in students. *Alpha Proceedings*, 5, 965-974. doi:10.3897/ap.5.e0965
- Martinez, R. (2017). Las consecuencias económicas y laborales de dejar las cosas para mañana. *El Economista*. Recuperado de: <https://www.economista.com.mx/finanzaspersonales/Las-consecuencias-economicas-y-laborales-de-dejar-las-cosas-para-manana-20170815-0104.html>
- Maturana, H. y Vargas, S. (2015). El estrés escolar. *Elsevier*, 26(1), 34-41. DOI: [10.1016/j.rmclc.2015.02.003](https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.02.003)
- Naranjo, P. y María, L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2), 171-190. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44012058011>
- Torres, C.; Padilla, M. y Valerio, C. (2017). El estudio de la procrastinación humana como un estilo interactivo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(1), 153-163. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4330>
- Padilla, M. (2017). Academic procrastination: The case of Mexican researchers in Psychology. *American Journal of Education and Learning*, 2(2), 103-120. <file:///C:/Users/HP%2015/Downloads/Padilla2017Pocrastinacin.pdf>
- Quant, D. y Sánchez, A. (2012). Procrastinación, procrastinación académica: Concepto e implicaciones. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3(12), 45-59. <file:///C:/Users/HP%2015/Downloads/Dialnet-ProcrastinacionProcrastinacionAcademica-4815146.pdf>
- Rodríguez, A. y Clariana, M. (2017). Procrastinación en estudiantes universitarios: su relación con la edad y el curso académico. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1). [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-54692017000100045&lang=es#B31](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692017000100045&lang=es#B31)

- Rosário, P.; Costa, M.; Núñez, J.; González-Pienda, J.; Solano, P. y Valle, A. (2009). Academic Procrastination: Associations with Personal, School, and Family Variables. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 118-127. <https://www.redalyc.org/pdf/172/17213005012.pdf>
- Rivas, V.; Jiménez, C.; Méndez, H.; Cruz, M.; Magaña, M. y Victorino, A. (2014). Frecuencia e Intensidad del Estrés en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la DACS. *Horizonte Sanitario*, 13(1), 162-169. <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845146002.pdf>
- Rozental, A. y Carlbring, P. (2014). Understanding and treating procrastination: A review of a common self-regulatory failure. *Psychology*, 5(13). DOI: [10.4236/psych.2014.513160](https://doi.org/10.4236/psych.2014.513160)
- Saeed, I. y Alghamdi, N. (2015). The Prevalence, Predictors, Causes, Treatments, and Implications of Procrastination Behaviors in General, Academic, and Work Setting. *International Journal of Psychological Studies*, 7(1), 59-66. <file:///C:/Users/HP%2015/Downloads/42827-159201-1-PB.pdf>
- Secretaría de Salud. (2018). Estrés, una de las causas principales para desarrollar bruxismo. Gobierno de México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/041-estres-una-de-las-causas-principales-para-desarrollar-bruxismo>
- Shin, J. (2021). When putting work off pays off: the curvilinear relationship between procrastination and creativity. *Academy of Management Journal*, 64(3), 772-798. <file:///C:/Users/HP%2015/Documents/7th%20SEMESTER/ContentServer.pdf>
- Sirois, F. (2014). Procrastination and stress: Exploring the role of self-compassion. *Self and Identity*, 13(2), 128-145. DOI: <https://doi.org/10.1080/15298868.2013.763404>
- Sirois, F. y Pychyl, T. (2013). Procrastination and the Priority of Short-Term Mood Regulation: Consequences for Future Self. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(2), 115-127. DOI: <https://doi.org/10.1111/spc3.12011>
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: a meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bull* 133, 65-94. DOI: [10.1037/0033-2909.133.1.65](https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.65)
- Trujillo-Chumán, K. y Grijalva, M. (2020). La Escala de Procrastinación Académica (EPA): validez y confiabilidad en una muestra de estudiantes Peruanos. *Revista de Psicología y Educación*, 15(1), 98-107. DOI: <https://doi.org/10.23923/rpye2020.01.189>
- Toker, B. y Avci, R. (2015). Effect of Cognitive-Behavioral-Theory-based Skill Training on Academic Procrastination Behaviors of University Students. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 15(5), 1157-1168. DOI: [10.12738/estp.2015.5.0077](https://doi.org/10.12738/estp.2015.5.0077)
- Wu, J.; Huang, L. y Leon, J. (2019). Operationalizing regulatory focus in the digital age: evidence from an e-commerce context. *MIS Quarterly*, 43(3), 745-764. <https://web-s-ebshost.com.e->

[revistas.ugto.mx/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=071e01e2-de7f-4049-8ec8-18216ea7f1ba%40redis](http://revistas.ugto.mx/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=071e01e2-de7f-4049-8ec8-18216ea7f1ba%40redis)

## **Mesa 7**

Moderadora: Dra. Diana Betancourt Ocampo

## Salud mental y riesgo psicosocial en el trabajo. Reporte de caso con perspectiva de género

Raquel Vargas Tovar<sup>16</sup> Nancy Araceli Méndez Romero<sup>17</sup>

México, Estado de México

11-08-2023

### RESUMEN

"El Reporte de riesgo psicosocial en México muestra que el 43% de los trabajadores reporta cargas y jornadas laborales excesivas" (Hernández, 2023, pg. principal)

Masculino de 42 años a quien se le realizó una evaluación psicológica con los siguientes instrumentos: estrés Laboral (IMSS), Ansiedad (Beck) y Estilo de afrontamiento (CAE). Como motivo de consulta refirió preocupación emocional ante las constantes renuencias a sus trabajos en los últimos 5 años. Su forma de concluir la relación laboral es pensar que no puede cumplir con los requerimientos y siente mucho estrés, trata de salir a caminar para tranquilizarse y cuando ya no le es posible hacerlo, explota, se enoja, grita y se sale del edificio dando por terminada la relación con sus empleadores. Los resultados de la evaluación psicológica corroboraron un estrés laboral alto, ansiedad alta y un estilo de afrontamiento evitativo. A partir de los resultados, se diseñó una intervención breve con enfoque Cognitivo Conductual programada en cuatro sesiones. El objetivo fue reducir el estrés asociado con su actual condición laboral. En el análisis del caso, se reconoció que el elevado nivel de estrés es un riesgo psicosocial laboral, también se consideró el rol de género y la profesión del usuario de la intervención breve. Los resultados fueron favorables, el usuario reportó una disminución del estrés, además fortaleció sus habilidades de afrontamiento y mejoró su asertividad en el área laboral, personal y familiar.

**PALABRAS CLAVE:** riesgo psicosocial, rol de género, salud mental, terapia breve

Los factores de riesgo psicosocial afectan la salud mental de los trabajadores, desafortunadamente la pandemia por el COVID-19 elevó este impacto. Según el Reporte de riesgo psicosocial, México muestra que el 43% de las y los trabajadores reportan cargas y jornadas laborales excesivas. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que [cada año mueren alrededor de 750,000 personas](#) por enfermedades cardíacas y accidentes cardiovasculares que se vinculan con estos factores" (Hernández, 2023)

---

<sup>16</sup> Licenciatura en psicología. Facultad de Administración y Ciencias Sociales, Universidad Tecnológica de México Campus Los Reyes. Contacto: rachedeleonvargas5@gmail.com

<sup>17</sup> Académica. Facultad de Administración y Ciencias Sociales Universidad Tecnológica de México Campus Los Reyes

De acuerdo con lo anterior, existen dos situaciones relacionadas con la salud mental de los trabajadores:

La primera situación, son los factores de riesgo psicosocial, los cuales provienen de las organizaciones y las condiciones de trabajo que afectan a la salud de las personas tanto psicológica como fisiológicamente. A estos factores se les conoce como estresores y están relacionados con las condiciones del clima laboral (NYCE S.C, 2023 Organismo Nacional de Normalización (ONN) en la industria Electrónica, Telecomunicaciones y Tecnologías de Información),

En segundo lugar, están los riesgos psicosociales, estos son las consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas que provienen de las deficiencias al gestionar el trabajo.

De acuerdo con Gil-Monte (2012), los riesgos se clasifican de la siguiente manera:

:

Contratación laboral precaria, incluye la falta de estabilidad laboral y condiciones de menor capacitación, además de tareas más riesgosas que elevan el nivel de estrés y ansiedad.

La edad del trabajador, si está incluido en la población de la tercera edad o vejez se encuentra más vulnerable a la carga emocional y mental.

Trabajo intenso, bajo esta condición el trabajador se mantiene en permanente autoevaluación con el propósito de mantener al máximo su rendimiento, en casos más extremos incrementa las horas de trabajo sin otorgarse tiempo para el descanso o actividades recreativas. Las personas muestran temor si no cumplen con las exigencias de su centro de trabajo, manteniendo niveles elevados de estrés que van dañando su salud, además de experimentar frustración al no obtener la compensación que esperan pese a todos sus esfuerzos.

Exigencias emocionales, acoso y violencia en el centro de trabajo.

Desequilibrio entre la vida laboral y personal

En México la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018. Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención, entró en vigor en el 2018, dicha normativa regula y gestiona los riesgos en cuanto a seguridad y salud de las y los trabajadores y es el patrón quien debe implementar los mecanismos para identificar, evaluar, así como analizar los factores de riesgo psicosocial dentro del entorno de trabajo, posteriormente, adoptar medidas para prevenir y controlar el alcance de estos factores de riesgo (Soliz Baldomar, 2022).

Según Idec Online contenidos legales de IDC Asesor Fiscal, Jurídico y Laboral (2023) el 75% de los empleados mexicanos sufre estrés laboral, los informes reportan lo siguiente:

Un trabajador falta a sus labores hasta 25 días al año cuando sufre depresión, 20 días si padece ataques de pánico o ansiedad y 14 días si desarrolla estrés postraumático al experimentar un hecho traumático o de amenaza hacia su integridad.

El estrés laboral impacta en el 7.3% del costo de la nómina y 20% anual en pérdidas de productividad

Por otra parte, el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2023) calcula que el 58.1% de los viajes para ir al trabajo duran de 30 minutos a dos horas, lo que genera fatiga y estrés en las personas.

Goleman (2014) menciona que una forma de medir la capacidad en una organización es observar los estados emocionales típicos de sus colaboradores, además el autor refiere que en la “cultura machista de la industria petroquímica, los hombres nunca reconocen sus sentimientos al no saber si las condiciones del trabajador eran óptimas, trabajaban sin prestar atención y provocaban accidentes” (pp.349-351). El autor añade que “pocas empresas reconocen la medida en que ellas generan estrés y lo habitual es culpar a la víctima. El resultado de estas prácticas en las organizaciones es el agotamiento crónico, el cinismo, pérdida de motivación, entusiasmo y productividad” (p. 351).

El género, como elemento teórico para el análisis de este caso, explica que el sistema patriarcal es una de las fuentes de los problemas masculinos, ya que constantemente se demanda en ellos el cumplimiento de determinados estereotipos, como expresar fortaleza o persistencia incluso en situaciones adversas o amenazantes para ellos (Tena, 2010). En los centros laborales, estas exigencias socioculturales suelen reproducirse para los varones, ya que, si ellos requieren conservar determinado puesto de trabajo, un estatus laboral o económico e incluso acceder a posiciones de mayor jerarquía o responsabilidad deben mostrar habilidades socioemocionales como; el auto control emocional, fácil adaptación al cambio, la confianza permanente, mostrarse amenazantes, limitando la expresión de su sensibilidad, el temor o la angustia. De no cumplir con el estereotipo, se verá cuestionado su desempeño laboral e incluso su masculinidad. Según Hellen Hacker mencionada por Tena (2010) hablando de los problemas masculinos en varias entrevistas hechas a varones, se identificó al ideal varonil como: buen proveedor, sabio, con autoridad suficiente para dar seguridad económica y emocional a su familia, por otra parte, las respuestas indicaron el sentirse inadecuados para cumplir con estas expectativas.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

El caso que se presenta formó parte de un trabajo académico de la asignatura de integración del diagnóstico de la licenciatura en psicología. Se contactó a un hombre residente de la Ciudad de

México (CDMX) quien acepto mediante firma de consentimiento informado, participar de forma libre y voluntaria en este proyecto. Al usuario se le explicó el proceso para ser evaluado y que recibiría una intervención breve en psicología en caso de aceptar, también se le comentó que sus datos serían manejados bajo la confidencialidad y anonimato. El participante aceptó que los resultados fueran divulgados con fines académicos. Los datos clínicos y los instrumentos de evaluación psicológica se detallan en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Aspectos clínicos	
<b>Sexo</b>	Masculino
<b>Edad</b>	42
<b>Ocupación</b>	Tecnologías de la Información
<b>Referencias</b>	Renuncia al trabajo de forma “inadecuada”, siente que no puede cumplir con las demandas solicitadas, se enoja con facilidad, desea terminar la relación laboral de forma adecuada, dando continuidad con su desarrollo profesional y personal.
<b>Antecedentes</b>	Diagnosticado con diabetes desde hace cinco años, tuvo ideación y planeación suicida a causa del estrés laboral en el año 2019
<b>Consumo de sustancias psicoactivas</b>	Negadas
<b>DX probable</b>	Trastorno adaptativo 309.4 (F43.25) Con alteración mixta de las emociones y la conducta Fobia social

Instrumentos de evaluación psicológica

Consentimiento informado, entrevista clínica, AFC

Tabla 2. Instrumentos de evaluación		
CUESTIONARIO PSICOLÓGICO	RESULTADOS	INTERPRETACIÓN
<b>Estrés Laboral (IMSS)</b>	45 Semáforo rojo	Fase de agotamiento de recursos fisiológicos con desgates físico y mental
<b>Ansiedad de Beck</b>	28	Niveles altos de ansiedad, miedo o rechazo a situaciones sociales.
<b>Estilo de afrontamiento: CAE</b>	FPS 11, AFN 12, REP 9 EEA 14, EVT14, BAS 10 RLG 9	Estilo evitativo: expresión emocional abierta y la auto focalización negativa.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la evaluación psicológica, realizada el día 8 de junio del 2023 en el Estado de México a las 7:00 pm.

Tabla 3	
RIESGOS LABORALES	RIESGOS DETECTADOS EN EL USUARIO
Contratación laboral precaria	si
La edad del trabajador	si
Trabajo intenso	si
Exigencias emocionales, acoso y violencia.	si
Desequilibrio entre la vida laboral y personal	si

Fuente: información de Gil/ Monte 2012 comparada con la entrevista clínica realizada al usuario

#### Diseño e implementación de intervención breve

Una vez que se obtuvieron los resultados de la evaluación psicológica, se procedió a contactar al usuario para invitarlo a participar en una intervención breve que tuvo como objetivo disminuir los niveles de estrés asociados a su condición laboral y mejorar sus habilidades de afrontamiento, el objetivo terapéutico se acordó según la demanda del consultante. La intervención tuvo una duración de cuatro sesiones, cada sesión tuvo una duración de 40 minutos aproximadamente. Se optó por la terapia breve cognitivo conductual (CC), ya que la literatura científica muestra una alta eficacia en el entrenamiento de habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, al modificar patrones de comportamiento y emocional. De acuerdo con Miller & Rollnick citado por Hewitt & Gantiva (2009, p. 171) la intervención CC ayuda a “incrementar la autoeficacia y la motivación para el cambio”, mediante la alianza terapéutica desarrollada con el consultante. Para tal propósito se emplean técnicas de escucha reflexiva para “identificar cómo, cuándo y por qué podría cambiar” (p.166)

La siguiente tabla 4 resume la intervención realizada.

Tabla 4. Diseño de intervención breve	
Técnica de intervención TCC	Resultados
<b>Sesión 1. Resolución de problemas</b>	Mejoró el método de respuesta ante el conflicto Aplicó predicción a la situación y prepararse para responder adecuadamente.
<b>Sesión 2. Pensamientos erróneos y manejo de emociones “masculinas”</b>	Identificó las emociones y manejo adecuado Aplicó pensamientos y creencias positivas

<b>Sesión 3. Técnicas de relajación y control de estrés</b>	Técnicas de relajación de Jacobson Respiración diafragmática Disminución de la presión arterial 129/89 - 118/86
<b>Sesión 4. Apoyo social nuevas conductas saludables</b>	Tuvo acercamiento a la familia que le apoya con actividades laborales, de esparcimiento, relajación y apoyo emocional

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la intervención breve

Al finalizar la intervención (agosto 2023) se identificó mejoría, ya que el usuario decidió continuar en su trabajo teniendo una perspectiva diferente motivándolo a tomar las siguientes acciones: se comunicó con los responsables del área de recursos humanos y expresó su situación laboral de forma asertiva, como resultado obtuvo el apoyo por parte de su centro de trabajo. La organización donde labora procedió con la realización de las pruebas de riesgo psicosocial dando seguimiento a la normatividad NOM 035, por otra parte, el usuario aprendió técnicas de relajación que le ayudan a mejorar su salud y mejoró sus relaciones interpersonales.

### Resultados Cualitativos

La participación y colaboración del usuario fue constante, incluso proactivo para buscar soluciones y aplicarlas en su área laboral, con la práctica de las técnicas mejorará sus relaciones interpersonales y en su estilo de afrontamiento.

### Evaluación de la intervención

En agosto 2023, se solicitó al usuario respondiera una encuesta de satisfacción que contenía siete preguntas abiertas. Las principales respuestas fueron las siguientes:

“Logré identificar que tengo mucho estrés y que lo detona. El cambio es positivo”

“Me puse a meditar en algunos tipos de pensamientos. Identifico los pensamientos malos.”

“Aprendí a relajarme e identificar mi estrés por el dolor. Bajo mi presión y me oxigené”

“Aprendí las diferentes maneras que me puedo apoyar de alguien. Intentar reconocer círculos de apoyo”

Al preguntarle si recomendaría la orientación breve, el usuario contestó lo siguiente:

“Las recomendaría para evitar suicidios, porque si se logra identificar estos problemas antes, la gente puede ver más soluciones a sus problemas.”

“Recomiendo que sean grupales”

“Para que mejoren otras personas”

“Si, por que las personas en la empresa están muy estresadas”

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La relevancia de este caso se refiere indica que los centros de trabajo están obligados a cumplir con la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. Los resultados del caso permiten reflexionar si el tema de riesgos psicosociales se ha inclinado al análisis del género femenino que claramente sufre la situación, sin embargo, también es importante reconocer la situación que muchos varones se ven obligados a vivir en los centros laborales y que ante una cultura machista se ven impedidos para expresar la situación laboral en la que se encuentran, manteniendo los trastornos físicos, así como el sufrimiento mental y emocional e incluso de forma más grave, los pensamientos suicidas.

En el ámbito de la formación profesional se presenta la oportunidad de realizar un trabajo clínico bajo el enfoque de la terapia breve cognitivo conductual que, al adaptarse a las necesidades del usuario, favorece la autoeficacia de los usuarios de las intervenciones, así como el reconocimiento de la situación que viven y al mismo tiempo les permite trabajar en su autocuidado, situación que pone en cuestionamiento los algunos de estereotipos tradicionales sobre su masculinidad.

## Referencias

Gil-Monte, Pedro R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 29(2), 237-241. Recuperado en 01 de julio de 2023, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342012000200012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000200012&lng=es&tlng=es).

Goleman D. (2014) La inteligencia emocional en la empresa, Ediciones B Argentina (p. 349-351)

Hernández, G. (4 de mayo de 2023). CAPITAL HUMANO. Obtenido de EL ECONOMISTA: <https://www.economista.com.mx/capitalhumano/EI-43-de-los-trabajadores-en-Mexico-tiene-sobrecarga-laboral-y-jornadas-excesivas-20230503-0129.html>

Hewitt R y Gantiva D. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención

psicológica efectiva Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 27(1) / pp. 165-176/2009/ISSN1794-4724

Normalización y Certificación NYCE, S.C. <https://www.nyce.org.mx/quienes-somos/>

Sandin, Chorot (2002) CUESTIONARIO DE APRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE): DESARROLLO Y VALIDACIÓN PRELIMINAR, Asociación española de Psicología clínica y Psicopatología

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiP8a6rxsn\\_AhXrm2oFHffoCi8QFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.aepecp.net%2Fbook%2Fquestionario-de-afrontamiento-del-estres-cae-desarrollo-y-validacion-preliminar-the-coping-strategies-questionnaire-development-and-preliminary-validation%2F&usg=AOvVaw2NMHZpoVZ\\_5gMsNeHacH\\_P&opi=89978449](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiP8a6rxsn_AhXrm2oFHffoCi8QFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.aepecp.net%2Fbook%2Fquestionario-de-afrontamiento-del-estres-cae-desarrollo-y-validacion-preliminar-the-coping-strategies-questionnaire-development-and-preliminary-validation%2F&usg=AOvVaw2NMHZpoVZ_5gMsNeHacH_P&opi=89978449)

Soliz Baldomar, Ruth Lily. (2022). El impacto de los factores de riesgo psicosocial en trabajadores del sector industrial. *Trascender, contabilidad y gestión*, 7(20), 71-81. E pub 11 de noviembre de 2022. <https://doi.org/10.36791/tcg.v8i20.162>

Tablas dinámicas en Epidemiología (2019) TEST DE ESTRÉS LABORAL \*Adaptado del Cuestionario de Problemas Psicosomáticos (o CPP) UNAM recuperado de <https://blogceta.zaragoza.unam.mx/eftdhuralo/test-de-estres-laboral-adaptado-del-cuestionario-de-problemas-psicosomaticos-o-cpp/>

Tena, Olivia (2010). Estudiar la masculinidad ¿para qué? La investigación Feminista: Epistemología, metodología y representaciones sociales. CEIICH UNAM.

## Imagen corporal y satisfacción sexual en universitarias

### BODY IMAGE AND SEXUAL SATISFACTION IN UNIVERSITY

Palmyra Morales González, México, Irapuato, 15 de junio de 2023.

Resumen. Este estudio tuvo el objetivo de analizar la relación existente entre la imagen corporal y la satisfacción sexual en estudiantes universitarias. La investigación fue de tipo no experimental transversal correlacional, con una muestra de 111 estudiantes de la Universidad de Guanajuato; a través de la aplicación del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) en su revisión y adaptación española y la Nueva Escala de Satisfacción Sexual. Se dividió en dos fases, 1) el pilotaje de los instrumentos, y 2) el levantamiento de datos contando con una muestra descrita anteriormente. Se encontró una correlación media y significativa entre la imagen corporal y la satisfacción sexual, lo que indica la incidencia de otras variables no consideradas en este estudio. Lo anterior se discute en sus diferencias con otros estudios que describen la supuesta relación entre dichas variables.

Palabras clave: imagen corporal, satisfacción sexual, mujeres, estudiantes, objetificación.

Abstract. This study aimed to analyze the relationship between body image and sexual satisfaction in university students. The research was nonexperimental and cross-sectional, with a sample of 111 students from the University of Guanajuato; through the application of the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) in its Spanish review and adaptation and the New Scale of Sexual Satisfaction. It was divided into two phases, 1) the piloting of the instruments, and 2) the data survey with a sample described above. A mean and significant correlation was found between body image and sexual satisfaction, indicating the incidence of other variables not considered in this study. This is discussed in their differences with other studies that describe the supposed relationship between these variables.

Keywords: body image, sexual satisfaction, women, students, objectification.

#### Introducción

Los estudios más recientes sobre la relación entre imagen corporal y satisfacción sexual han encontrado que efectivamente existe dicha relación, sin embargo, se han estudiado distintos factores asociados y a través de metodologías muy diferentes. Por su parte van den Brink et al. (2018) identificaron que una imagen corporal positiva se asocia a una relación romántica de mayor calidad a través de la percepción de una mayor satisfacción sexual. Otro trabajo, (Kvalem et al., 2018) estudió la relación de la satisfacción corporal en la adolescencia como predictor de la satisfacción sexual en la adultez temprana. Se encontró que la satisfacción corporal inicial para ambos sexos, hombres y mujeres predecía la satisfacción sexual. Además, se observó que en los hombres hubo mayor satisfacción sexual, actividad sexual y satisfacción corporal que las mujeres. Henton y Stechler (2021) realizaron un estudio con el objetivo de explorar cómo las mujeres con

algún trastorno de dismorfia corporal vivían su intimidad física en sus relaciones de pareja. Se realizó a través de un análisis fenomenológico de seis entrevistas semiestructuradas a mujeres adultas, identificando cómo la preocupación respecto a la apariencia del cuerpo tiene relación con las relaciones físicas íntimas desde los cognitivo, conductual y emocional.

En cuanto a Latinoamérica, Pineda et al. (2020) realizaron un estudio en Ecuador, donde se identificó una correlación inversa entre la insatisfacción sexual y la imagen corporal y viceversa. Arteaga y Maldonado (2021) también realizaron un estudio en mujeres universitarias relacionando las variables de imagen corporal y satisfacción sexual, sin embargo, en este caso los resultados obtenidos indicaron que dichas variables son independientes una de la otra ya que no se encontró una correlación significativa. Un estudio más reciente (Escobar, 2022) evaluó la asociación entre funcionamiento sexual y percepción de la imagen corporal en mujeres adultas con sobrepeso u obesidad, logrando identificar una correlación entre funcionamiento sexual femenino y percepción de imagen corporal.

Los trabajos anteriormente descritos, permiten visualizar los hallazgos respecto a la relación entre las variables objetivo de esta investigación, sin embargo, se ha de mencionar que no se encontraron resultados de estudios en México, y al tratarse de variables que dentro de sus dimensiones, como veremos más adelante, incluyen factores externos propios de la cultura, la socialización, la percepción de otros, etc., es relevante analizar el fenómeno en nuestra sociedad, además de no existir tantos antecedentes y mucho menos que estos sean consistentes entre sí.

### La Imagen Corporal

El concepto de imagen corporal se ha estudiado como un fenómeno multidimensional desde distintas perspectivas teóricas: sociocultural, evolutiva, genética y neurocientífica, feminista y cognitivo-conductual, siendo esta última la de mayor convergencia, según refiere Cash y Smolak (2011), y quien para el entendimiento de este constructo propone un modelo que toma aportes de la teoría del aprendizaje social, los procesos de condicionamiento y la medición cognitiva de conductas y emociones. Explica que la causalidad entre las dimensiones y procesos de cada determinante que se asocian es compleja, y refleja lo que Bandura denominó una “causalidad recíproca triádica”, observando que la imagen corporal surge a partir de la interacción recíproca de: los eventos ambientales externos, los factores interpersonales y los comportamientos propios del individuo.

El modelo considera como determinantes de la imagen corporal las influencias históricas, las influencias proximales y las actitudes hacia la imagen corporal. Dentro de las influencias históricas, entendidas como aquellas experiencias que ocurren en los contextos de desarrollo cognitivo, social, emocional y físico de los individuos (Cash y Smolak, 2011); se toman en cuenta cuatro dimensiones: socialización cultural, experiencias interpersonales, características y cambios físicos, y personalidad. En cuanto a las influencias proximales y procesos considera: a. activación de eventos y procesamiento cognitivo, y b. procesos de ajuste y autorregulación. Finalmente, respecto

a las actitudes hacia la imagen corporal, de acuerdo con este modelo son el resultado de la convergencia entre los componentes cognitivos, emocionales y conductuales.

### La Satisfacción Sexual

La satisfacción sexual es definida por González (2019) como el grado de bienestar experimentado a través de la actividad sexual de una persona, comprendiendo aspectos personales, interpersonales y propios de la actividad sexual. Existen distintos modelos teóricos para la comprensión de la satisfacción sexual, pero al tomar como instrumento la Nueva Escala de Satisfacción Sexual (Stulhofer, Busko y Brouillard, 2010) se usó como marco teórico de referencia el empleado para la elaboración del instrumento, el cual retoma las “tres ventanas” de John Bancroft para evaluar las dificultades sexuales. La escala toma en cuenta los tres visores conceptuales para abordar la satisfacción sexual de forma sistemática: personal, interpersonal y actividad sexual. A partir de estos tres visores Stulhofer, Busko y Brouillard (2010) derivaron cinco dimensiones de la satisfacción sexual de acuerdo con la literatura sobre salud sexual clínica: sensaciones sexuales, presencia/conciencia sexual, intercambio sexual, conexión/cercanía emocional y actividad sexual. Finalmente, en la versión final de la escala se construyeron dos subescalas, la primera dirigida al enfoque individual (visor personal) y la segunda dirigida al enfoque interpersonal/ actividad (visor interpersonal y visor de actividad sexual).

### Método

#### Diseño

El presente estudio siguió un diseño no experimental transversal correlacional (Polit y Hungler, 2003). El diseño de muestreo de esta investigación fue de tipo no probabilístico por conveniencia (Polit y Hungler, 2003) ya que se recabó la información de estudiantes pertenecientes a la Universidad de Guanajuato a partir de aplicar y compartir en clases y a través de compañeros. La muestra consideró a participantes que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

Mujeres universitarias.

Estudiantes de la Universidad de Guanajuato.

Estar activa sexualmente o haberlo estado en un periodo no mayor a 6 meses atrás.

El tamaño de la muestra fue de 111 participantes. Se tomó la decisión de cerrar en ese número de participantes por cuestión de tiempos de aplicación y continuación del estudio.

### Instrumentos

Los instrumentos utilizados para este estudio fueron el Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) en su revisión y adaptación española (Ribas, Botella y Benito, 2008) y la Nueva Escala de Satisfacción Sexual (Stulhofer, Busko, y Brouillard, 2010).

### Procedimiento

Fase 1. Pilotaje de instrumentos. Se aplicaron el MBSRQ (Multidimensional Body Self Relations Questionnaire) en su versión española y la NSSS (Nueva Escala de Satisfacción Sexual) a estudiantes mujeres de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Guanajuato, Campus León. El total de aplicaciones fue de 44. Se realizaron los análisis de normalidad y confiabilidad correspondientes, resultando ambos instrumentos con una buena consistencia interna por lo que se tomó la decisión de aplicarlos en su forma completa para la recolección de datos formal del estudio.

Fase 2. Recolección de datos. Se aplicaron los instrumentos MBSRQ (Multidimensional Body Self Relations Questionnaire) en su versión española y la NSSS (Nueva Escala de Satisfacción Sexual) a estudiantes universitarias pertenecientes a la Universidad de Guanajuato. La muestra final fue de 111 participantes.

### Análisis de resultados

A partir de los resultados obtenidos se creó una base de datos en el software estadístico IBM SPSS Statistics 25, y se comenzó por el análisis de confiabilidad de cada instrumento. Para el MBSRQ se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de .750; y para la NSSS se obtuvo un coeficiente de .938. El valor de ambos coeficientes refiere una consistencia interna aceptable para cada instrumento, de acuerdo con Tuapanta, Duque y Mena (2017).

Se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov obteniendo un valor de p de 0.00, es decir, menor a 0.05, por lo que se concluye que los datos no siguen una distribución normal.

Posteriormente, se obtuvieron los coeficientes de correlación rho de Spearman, correlacionando en primer lugar a la imagen corporal con la satisfacción sexual; en segundo se correlacionó cada variable con cada una de las dimensiones de la otra variable.

### Resultados

Tabla 1.  
Correlación entre la imagen corporal y la satisfacción sexual

			Satisfacción sexual	
Rho de Spearman	de Imagen corporal	Coefficiente de correlación	de	.422**

	Sig. (bilateral)	0
	N	111

En la tabla 1 se observa que el coeficiente de correlación entre la imagen corporal y la satisfacción sexual es de .422, por lo que se trata de una correlación positiva media significativa. Es decir, entre mayor sea el grado de satisfacción con la imagen corporal aumentará también el grado de satisfacción sexual; por lo que se puede afirmar la relación entre dichas variables y aceptar la hipótesis de la investigación.

Tabla 2  
Correlación entre imagen corporal y la satisfacción sexual desde el enfoque individual y el enfoque interpersonal/actividad

	Imagen corporal	Enfoque individual	Enfoque interpersonal/actividad
Rho de Spearman de Imagen corporal	Coeficiente de correlación 1.000	.420**	.351**
	Sig. (bilateral)	0.000	.000
	N	111	111

En la tabla 2 se observa que el coeficiente de correlación entre la imagen corporal y la satisfacción sexual desde el enfoque individual es de .420, por lo que se trata de una correlación positiva media significativa. Es decir, entre mayor sea el grado de satisfacción con la imagen corporal aumentará también el grado de satisfacción sexual desde el enfoque individual. De igual manera, la correlación entre la imagen corporal y la satisfacción sexual desde el enfoque interpersonal/actividad es de .351, por lo que se trata de una correlación positiva media. Es decir, entre mayor sea el grado de satisfacción con la imagen corporal aumentará también el grado de satisfacción sexual desde el enfoque interpersonal/actividad.

Tabla 3

Correlación entre la satisfacción sexual y la importancia subjetiva de la corporalidad (ISC), las conductas orientadas a mantener la forma física (COMF), el atractivo físico autoevaluado (AFA) y el cuidado del aspecto físico

			Satisf. Sexual	ISC	COMFF	AFA	CAF
Rho de Spearman	Satisf. Sexual	Coeficiente de correlación	1.000	.378**	0.185	.353**	.189*
		Sig. (bilateral)		0.000	0.052	0.000	0.047
		N	111	111	111	111	111

En la tabla 3 se observa que el coeficiente de correlación entre la satisfacción sexual y la importancia subjetiva de la corporalidad (ISC) es de .378, por lo que se trata de una correlación positiva media. Lo anterior significa que, entre mayor sea el grado de satisfacción sexual será mayor el grado de percepción de la importancia subjetiva de la corporalidad. Entre la satisfacción sexual y el atractivo físico autoevaluado (AFA) la correlación es de .353, por lo que se trata de una correlación positiva media. Es decir, entre mayor sea el grado de satisfacción sexual existe un mayor grado de percepción del atractivo físico evaluado; pero no se puede aseverar la relación directamente entre la variable y esta dimensión pues la correlación obtenida también es débil.

Respecto a la satisfacción sexual y, las conductas orientadas a mantener la forma física (COMFF) la correlación encontrada tuvo un valor de .189, por lo que es positiva baja, aún así significativa. Entonces, a mayor grado de satisfacción sexual persisten en mayor grado las conductas orientadas a mantener la forma física.

Entre la satisfacción sexual y el cuidado del aspecto físico (CAF), no se encontró correlación significativa, por lo que estas variables son independientes y la incidencia de una no se encuentra asociada a la otra.

### Discusión

La imagen corporal, de acuerdo con los resultados obtenidos, está correlacionada con la satisfacción sexual, lo cual coincide con lo reportado por otras investigaciones (Henton y Stechler, 2021; Kvaalem et al., 2018; van den Brink et al., 2017; Weaver y Byers, 2022; Pineda et al., 2020). Se encontraron correlaciones medias y significativas, tanto de una variable con la otra, como de la imagen corporal respecto al enfoque individual y el enfoque interpersonal/actividad de la

satisfacción sexual, encontrando una mayor relación con el primer enfoque, es decir, con el visor personal (dimensiones de sensaciones sexuales y de presencia/conciencia sexual). Lo anterior puede representar que la satisfacción o no de la imagen corporal influye en la satisfacción respecto al placer sexual, en esta capacidad para permitirse experimentarlo a través de las distintas sensaciones de tipo erótico y sexual, así como la conciencia sobre ello (Stulhofer, Busko y Brouillard, 2010).

Con respecto a la satisfacción sexual y su relación con las cuatro dimensiones consideradas para la imagen corporal, se encontraron correlaciones medias y significativas, hacia la importancia subjetiva de la corporalidad, el atractivo físico evaluado y las conductas orientadas a mantener la forma física. Con ello, se puede inferir la posible relación de aspectos como la orientación hacia la forma física del cuerpo y su apariencia, orientación hacia la salud y evitación de la enfermedad, evaluación de la apariencia, preocupación por el sobrepeso y evaluación de la forma física y el peso; sobre el grado de satisfacción sexual.

Retomando la literatura aquí abordada y que refiere hallazgos donde la imagen corporal y la satisfacción sexual tienen incidencia una en la otra, e incluso con otras variables; la presente investigación permitió corroborar esta relación aceptándose la hipótesis del trabajo.

## Conclusiones

Del estudio realizado se concluye que sí existe relación entre la imagen corporal y la satisfacción sexual en las mujeres. Se reconoce que los criterios de selección de la muestra empleada permitieron la practicidad del estudio, por lo que los resultados acortan la identificación del fenómeno en población universitaria, sin embargo, las correlaciones obtenidas fueron significativas, y aunado a otros estudios que aquí se retomaron es posible reforzar la presencia del fenómeno de estudio.

Por otro lado, se cumplió con los objetivos de la investigación y su justificación, ya que se pudo observar en una muestra mexicana. Habrá que considerarse el poder llevar a cabo estudios similares en muestras más amplias que permitan la observación y análisis de correlación entre estas variables en mujeres más grandes, considerando que las distintas etapas de desarrollo podrían arrojar resultados valiosos. Finalmente, también se invita al énfasis de realizar no solo estudios que comprueben esta relación y sean de alcance descriptivo, sino pensar en el trabajo de intervención a fin de prevenir o sobrellevar los efectos en el caso de insatisfacción con la imagen corporal y la satisfacción sexual.

## Referencias

- Arteaga, C. P., & Maldonado, A. (2021). Imagen corporal y satisfacción sexual en universitarias de Lima Metropolitana 2021 [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio de la Universidad Privada del Norte.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Escobar, C. (2022). Relación entre satisfacción con la imagen corporal y el funcionamiento sexual de una muestra de mujeres con sobrepeso. Bogotá.
- González, M. (2019). Satisfacción sexual: imagen corporal, género y orientación sexual. Universidad Pontificia de Madrid.
- Henton, I., y Stechler, N. (2021). If only he were blind: Shame, trauma, and dissociation among women with body dysmorphic. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 17(1).doi: [10.1080/17482631.2021.2015871](https://doi.org/10.1080/17482631.2021.2015871)
- Kvalem, I. L., Traeen, B., Markovic, A., y von Soest, T. (2018). Body Image Development and Sexual Satisfaction: A Prospective Study From Adolescence to Adulthood. *The Journal of Sex Research* 56(6)1-11. doi:[10.1080/00224499.2018.1518400](https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1518400)
- Pineda, A. C., Guamán, G. E., y Muñoz, K. R. (2020). Análisis relacional entre la imagen corporal, la satisfacción sexual femenina y factores sociodemográficos. [Tesis de licenciatura]. Universidad del Azuay.
- Polit, D. F., y Hungler, B. P. (2003). *Investigación científica en ciencias de la salud*. McGraw-Hill-Interame.
- Ribas, L., Botella, E., y Benito, J. (2008). Evaluación psicométrica de la imagen corporal: Validación de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(3)253-264.
- Tuapanta, J., Duque, M. G., y Mena, A. P. (2017). Alpha de Cronbach para validar un cuestionario de uso de TIC en docentes universitarios. *Descubre*, 10. 37-48.
- van den Brink, F., Vollmann, M., Smeets, M., Hessen, D. J., y Woertman, L. (2017). Relationships between body image, sexual satisfaction, and relationship quality in romantic couples. *Journal of Family Psychology*, 32(4).doi: [10.1037/fam0000407](https://doi.org/10.1037/fam0000407)
- Weaver, A. D., y Byers, E. (2022). Body Image and Sexual Well-Being: A qualitative study of women's perceptions of partner and relationship influences. *Journal of Sex & Marital Therapy*. doi:[10.1080/0092623X.2022.21057688](https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.21057688)
- Stulhofer, A., Busko, V., y Brouillard, P. (2010). Development and Bicultural Validation of the New Sexual Satisfaction Scale. *The Journal of Sex Research*, 47(4)257-68. doi: [10.1080/00224490903100561](https://doi.org/10.1080/00224490903100561)

## **Mesa 8**

Moderador: Dr. Luis Fernando Arias Loaiza

## Prácticas parentales prosociales y autoestima en infantes en edad escolar

Juan Eduardo Orea Hernández

Ximena Estrada Ortega

José Angel González Galaz

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM México, Ciudad de México.

Julio 28, 2023

### Resumen

Las prácticas parentales que promueven conductas prosociales hacen referencia a: 1) afectividad y comunicación; 2) recompensas y 3) castigos físicos. La autoestima es considerada como un grupo de juicios en los que se incluye el valor y el grado de satisfacción que se tienen las personas a sí mismas, ambas valoraciones son subjetivas. El objetivo del presente trabajo fue determinar cuál es la relación entre prácticas parentales prosociales y autoestima en infantes en edad escolar. La muestra estuvo conformada por 110 participantes (49.1% niños y 50.9% niñas) a quienes se les aplicó la Escala de Prácticas Parentales Prosociales y la Escala de Autoestima de Rosenberg, ambas cuentan con propiedades psicométricas adecuadas. La correlación entre las prácticas parentales prosociales y la autoestima fue significativa en la categoría de baja, con un valor estadístico de  $r=0.287$ . Se concluye que, aunque la relación fue baja esto puede deberse a que existen otras variables que no se tomaron en consideración que tienen una mayor relación con ambas. Se recomienda replicar este estudio en muestras amplias, otras escuelas o áreas de la República Mexicana, así como con otras variables u otros instrumentos que permitan contrastar los resultados reportados.

Palabras clave: Prácticas parentales, Conducta prosocial, Autoestima.

### Abstract

Parental practices that promote prosocial behaviors refer to: 1) affectivity and communication; 2) rewards and 3) physical punishment. Self-esteem is considered as a group of judgments that include the value and degree of satisfaction that people have to themselves, both valuations are subjective. The objective of this study was to determine the relationship between prosocial parenting practices and self-esteem in school-age children. The sample consisted of 110 participants (49.1% boys and 50.9% girls) to whom the Prosocial Parenting Practices Scale and the Rosenberg Self-Esteem Scale were applied, both of which have adequate psychometric properties. The correlation between prosocial parental practices and self-esteem was significant in the low category, with a statistical value of  $r=0.287$ . It is concluded that although the relationship was low this may be due to the fact

that there are other variables that were not taken into consideration that have a greater relationship with both. It is recommended to replicate this study in large samples, other schools or areas of the Mexican Republic, as well as with other variables or other instruments that allow contrasting.

Keywords: Parenting practices, Prosocial behavior, Self-esteem.

## Introducción

El objetivo del presente trabajo fue determinar cuál es la relación entre prácticas parentales prosociales y autoestima en infantes en edad escolar.

Se ha considerado que la importancia de estudiar la conducta prosocial radica en que promueve el bienestar personal, el establecimiento de relaciones interpersonales positivas y resulta fundamental para la protección de la salud, para el apoyo en situaciones de desastres y el combate de la desigualdad (De la Cruz, Rivera, Medina, García, Díaz-Loving y Romero, 2021).

Cada cultura promueve distintos valores en la incidencia y prevalencia de conductas prosociales, particularmente, los padres enseñan de forma implícita o explícita estos modelos a sus hijos, así como en las razones que se explican sobre por qué se debe o no ayudar a otro (Garaigordobil, 2014).

En este sentido, el estilo de crianza de los padres a sus hijos es fundamental, puesto que la familia es el principal modelo con respecto a las actitudes y aptitudes que el niño desarrolla en su primera infancia y luego serán aplicados en la adultez, como ciudadanos y padres de familia (Arán y Vargas, 2014).

A continuación, se describen los constructos teóricos que se desarrollan en la presente investigación, iniciando por conductas prosociales y posteriormente con autoestima, así como investigaciones relacionadas con los mismos.

De acuerdo con varios autores, la conducta prosocial es un tipo de comportamiento social positivo (González, 2000) conformado por un grupo de acciones que tienen el objetivo de beneficiarse a sí mismo y/o a otros (Dovidio, Piliavin, Shroeder & Penner, 2006; Caprara & Steca, 2007), llevada a cabo de manera deliberada (Penner, Dovidio, Piliavin & Schroeder, 2005) y que se justifica principalmente por los resultados de la misma (Carlo, Hausmann, Christiansen & Randall, 2003; Eisenberg, Eggum & Di Giunta, 2010).

Por otro lado, las prácticas parentales que promueven conductas prosociales, son poco estudiadas, no obstante, estas hacen referencia a la: 1) afectividad y comunicación (cuando se promueve por medio del diálogo sobre lo importante que es ayudar a otros así como agradecer cuando se lleva a cabo); 2) recompensas (aquellos estímulos que aumentan la probabilidad de aparición de la conducta) y; 3) castigos físicos (conducta violenta que tiene el propósito de reducir la frecuencia de conductas no prosociales) (Zacarías-Salinas & Andrade-Palos, 2014).

Existen estudios donde se ha considerado la posibilidad de que la conducta prosocial puede manifestarse desde intereses personales, sin la finalidad de ayudar, por ende, el apoyar a otros puede tener como objetivo generar una imagen prosocial, para obtener beneficios personales que surgen del egoísmo o amor propio (Nirenberg, 2006; Montes, Rodríguez, Guzmán & López, 2022).

Es por ello que se resalta la importancia del contexto cercano y se destaca a los modelos adultos como aspectos significativos de este proceso; a su vez la autocognición, la autoestima y la empatía, aumentan la probabilidad de aparición y consolidación de dichas conductas (Arce, Cordera, Perticarari, Herrero, Gonzalez, Randazzo, Marini & Carrizo, 2015).

Por otro lado, la edad se relaciona positivamente con la conducta prosocial durante cierto periodo ya que, a lo largo de la niñez las respuestas prosociales aumentan progresivamente, en la adolescencia media tienden a declinar y finalmente se incrementan en la adolescencia tardía (Shaffer, 2002).

Otra variable relacionada con la conducta prosocial es el género, regularmente las mujeres la presentan con mayor frecuencia y en relaciones de largo plazo, por medio de acciones de apoyo, cuidado o empatía, en cambio los hombres tienden a ayudar a otros cuando precisan acciones rápidas y hay necesidades claras (Auné, Blum, Abal, Lozzia y Attorresi, 2014).

Por otro lado, la autoestima se define como un grupo de juicios en los que se incluye el valor y el grado de satisfacción que se tienen las personas a sí mismas, ambas valoraciones son subjetivas (Milicic, 2015), asimismo, la historia del individuo, educación y la interacción que tiene con otros, son variables que se relacionan con la autoestima (Vargas, 2019).

Cabe mencionar que la estima que un individuo siente hacia su persona es importante para su desarrollo vital, salud psicológica, actitud ante sí mismo y ante los demás, ya que la valoración de sí mismo, influye en la forma de apreciar sucesos, objetos y personas del entorno (Roa, 2013).

En los casos en los que hay autoestima baja se desarrollan problemas relacionados con el sueño (hipersomnia o insomnio), enfermedades de tipo orgánico, trastornos psicológicos (depresión, desesperanza, ansiedad), trastornos alimenticios (bulimia, anorexia) e ideas o actos suicidas (Sánchez, 2018).

Con base en investigaciones realizadas en España, se ha encontrado que hay relación positiva y estadísticamente significativa entre la autoestima de niños, niñas y adolescentes y conductas relacionadas con la prosocialidad (Calvo, González & Martorell, 2001; Garaigordobil, 2009; Garaigordobil & Durá, 2006; Gutiérrez y Clemente, 1993).

Por otro lado, en México, las conductas prosociales han sido estudiadas midiendo su relación con variables como calidez, sensibilidad parental, empatía, seguridad emocional, control, confianza en el entorno (Malonda, Llorca, Samper, et al, 2018; Zhou, Eisenberg, Losoya, et al, 2002), no

obstante, se carece de investigaciones que reporten cuál es la relación que hay entre autoestima y conductas prosociales.

Con base en los planteamientos anteriores, es necesario determinar cuál es la relación entre las prácticas parentales que promuevan conductas prosociales y la autoestima en escuelas urbano-marginales en México.

## Método

### Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre las prácticas parentales prosociales y la autoestima en niños de edad escolar?

### Participantes

Se evaluó a un grupo de 110 infantes, 54 niños (49.1%) y 56 niñas (50.9%) de 7 a 12 años ( $M=9.25$  y  $DE=1.43$ ), estudiantes de una escuela primaria del Estado de México en zona urbano marginal, mismos que dieron su consentimiento, así como el de los tutores en participar en el estudio, la muestra fue de tipo no probabilístico por conveniencia,

### Instrumentos

Escala de Prácticas Parentales Prosociales (EPPPro: Zacarías & Andrade, 2014).

Identifica prácticas parentales que promueven conductas de ayuda hacia otras personas. Cuenta con tres factores: 1) apoyo y comunicación prosocial, 2) recompensas y 3) castigos físicos, cuenta con 27 reactivos con formato de respuesta escala Likert con cuatro opciones de respuesta

(1= nunca, 2= pocas veces, 3= muchas veces y 4=siempre), cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.92 y una validez de constructo (Zacarías & Andrade, 2014).

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR: Jurado, Jurado, López & Querevalú, 2016). Explora la autoestima entendida como los sentimientos de valía personas y de respeto a sí mismo; cuenta con 10 reactivos en formato de escala Likert con cuatro opciones de respuesta, cinco reactivos están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada. Cuenta con un Alfa de Cronbach de .79 y una validez de constructo (Jurado, Jurado, López & Querevalú, 2016).

### Resultados

La correlación entre las prácticas parentales prosociales y la autoestima es baja, con un valor estadísticos de  $r=0.287$ , la correlación es significativa estadísticamente (ver tabla 1). Con respecto a las puntuaciones globales en ambas escalas, para autoestima cuenta con una  $M= 25.95$  y  $D.E.= 4.51$ , para las prácticas parentales prosociales una  $M=38.14$  y  $D.E.= 19.17$  (ver tabla 2).

El 12.7% (14) de la muestra se encuentran por debajo de la media con puntajes de 17 a 20 con respecto a las puntuaciones globales de autoestima, 68.2% (75) se encuentran en la media con puntuaciones de 21 a 30 y 19.1% (21) por encima de la media con puntajes de 31 a 39. (ver tabla 3). Con respecto a las prácticas parentales prosociales el 14.5% (16) se encuentra debajo de la media con puntuaciones de 0 a 18, 68.2% (75) se encuentran en la media con puntuaciones de 19 a 57 y 17.3% (19) se encuentran por encima de la media con puntuaciones de 58 a 79 (ver tabla 4).

El reactivo que tiene un mayor puntaje en la escala de autoestima es “Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.” con una  $M=3.28$  y  $D.E.=0.87$ , mientras que el reactivo con menor puntaje “Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo/a.” con un  $M=1.85$  y  $D.E.=1.057$  (ver tabla 5).

El ítem que tiene mayor puntaje en la escala de prácticas parentales prosociales es

“Platica conmigo acerca de la importancia de ser amable con los demás” con una  $M=1.96$  y  $D.E.=1.049$ , mientras que el ítem con menor puntaje es “Me da dinero cuando colaboro en casa” con una  $M=0.74$  y  $D.E.=1.046$  (ver tabla 6).

#### Discusión

El 85.5% (94) de la muestra tiene conductas de ayuda a otras personas, esto coincide con lo expuesto por Shaffer (2002), asimismo el 87% (96) de la muestra se encuentran en parámetros normales y por encima de la media respecto al autoestima, por ende se comprueba la hipótesis alterna, pues existe una relación significativa positiva entre las variables estudiadas, así como lo reportado en investigaciones relacionadas (Calvo, González & Martorell, 2001; Garaigordobil, 2009; Garaigordobil & Durá, 2006; Gutiérrez y Clemente, 1993), aunque esta fue baja esto puede deberse a que existen otras variables que no se tomaron en consideración que tienen una mayor relación con ambas.

Asimismo, la conducta que suele fomentar que los infantes ayuden a otros es que sus padres platiquen con ellos acerca de la importancia de ser amable con los demás. mientras que la acción que menos se lleva a cabo con este fin es la remuneración a los infantes por llevar a cabo tareas del hogar.

#### Conclusión.

Este tipo de trabajo permite comprobar lo reportado por otras investigaciones, como se reportó, estos datos son necesarios para posteriores proyectos, así como comparar resultados en otras muestras o con un mayor número de participantes.

Además, es importante mencionar que los datos expuestos pudieron ser afectados por la deseabilidad social de los participantes, con el propósito de ocultar, omitir o mentir en las respuestas que reportan haber vivenciado, por lo que podrían estar sesgados los resultados reportados.

Por otro lado, se recomienda ampliar la muestra, replicar la investigación en otras escuelas y niveles educativos, así como en otros puntos de la república mexicana para identificar un porcentaje representativo de las variables de Prácticas Parentales Prosociales y Autoestima

## Referencias

- Arán, V. y Vargas, R. (2014). Importancia de la parentalidad para el desarrollo cognitivo infantil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 171-186.
- Arce, S., Cordera, M., Perticarari, M., Herrero, M., González, J., Randazzo, M., Marini, L. & Carrizo, V. (2015) Estudio sobre la vinculación de las conductas prosociales con la autoestima y la empatía en niños, niñas y adolescentes. *Anuario de investigaciones de la facultad de psicología*. 2 (1), 114-130.
- Auné, S., Blum, D., Abal, J., Lozzia, G. & Attorresi, H. (2014). La conducta prosocial: estado actual de la investigación. *Perspectivas en psicología*. 2 (11), 21-33.
- Carlo, G., Hausmann, A., Christiansen, S. & Randall B. (2003). Sociocognitive and behavioral correlates of a measure of prosocial tendencies for adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 23, 107-134.
- De la Cruz, M., Rivera, S., Medina, A., García, T., Díaz-Loving, R., y Romero, A. (2021). Desarrollo de una Escala de Conducta Prosocial para Adultos en México. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*. 4 (61), 65-79.
- Dovidio, J., Piliavin, J., Schroeder, D., & Penner, L. (2006). *The social psychology of prosocial behavior*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Eisenberg, N., Eggum, N. & Di Giunta, L. (2010). Empathy-related responding: associations with prosocial behavior, aggression, and intergroup relations. *Social Issues and Policy Review*, 4(1), 143-180.
- Garaigordobil, M. (2014). Conducta prosocial: el papel de la cultura, la familia, la escuela y la personalidad. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 6(2), 146-157.
- González, M. (2000). *Conducta prosocial: evaluación e intervención*. 3ª edición, Madrid, España: Ed. Morata.
- González, A., y Betancourt, D. (2022). Conducta Prosocial asociada al bienestar en Adolescentes. *Nova Scientia*. 13 (27), 1-21.

Jurado, D., Jurado, S., López, K., & Querevalú, B. (2016). Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana De*

*Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 5(1), 18–22.

Malonda, E., Llorca, A., Samper, P., Córdoba, A., y Mestre, M. (2018). Prácticas prosociales parentales y su relación con la empatía y la conducta prosocial. *Revista de Investigación en Psicología*, 6(2), 5-19.

Milicic, N. (2015). Desarrollar la autoestima de nuestros hijos: tarea familia imprescindible.

Recursos Valores

Montes, F., Rodríguez, L., Guzmán F. & López, K. (2022). Autoestima, autoeficacia, conducta prosocial y el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *Salud y drogas*, 23 (1),

348-367.

Nirenberg, O. (2006). La participación de adolescentes en proyectos sociales, aportes conceptuales y pautas para su evaluación. Buenos Aires: Paidós. *Tramas sociales*

Penner, L., Dovidio, J., Pilavin, J. & Schroeder, D. (2005). Prosocial behavior: multilevel perspectives. *Annual Review of Psychology*, 56, 365-392.

Pérez, H. (2019). Autoestima, teorías y su relación el éxito personal. *Alternativas en Psicología*, 41.

Roa, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *EDETANIA: Estudios y Propuestas socioeducativas*, 44.

Sánchez, L. (2018, abril). La baja autoestima perjudica gravemente la salud. *Diario Femenino*.

<https://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/autoestima/labaja-autoestimaperjudica-gravemente-la-salud-5-consecuencias/>

Vargas, R. (2019). Relación Entre Autoconcepto y Estilos de Crianza en Adolescentes de una Institución Pública Huancayo [Tesis de pregrado, Universidad Peruana los Andes].

Repositorio de la Universidad Peruana los Andes.

<https://hdl.handle.net/20.500.12848/1747>

Zacarías-Salinas, X. & Andrade-Palos, P. (2014). Una Escala para evaluar Prácticas Parentales que promueven la Conducta Prosocial en Preadolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2 (38), 117-135.

Zhou, Q., Eisenberg, N., Losoya, S., Fabes, R., Reiser, M., Guthrie, I., Murphy, B., Cumberland, A. y Shepard, S. (2002). Las relaciones de calidez de los padres y expresividad positiva a los niños respuesta relacionada con la empatía y social funcionamiento: un estudio longitudinal. *Child Development*, 73(3), 893-915.

Anexos.

Tabla 1.

Correlaciones entre las variables prácticas parentales prosociales y autoestima

		Correlaciones	
		Autoestima	Prácticas Parentales Prosociales
Autoestima		1	.287**
	Correlación de Pearson		
	Sig. (bilateral)		0.002
	N	110	110
Prácticas Parentales Prosociales		.287**	1
	Correlación de Pearson		
	Sig. (bilateral)	0.002	
	N	110	110

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

Nota. Se muestra el coeficiente de correlación (.287) de Pearson [de 0.2 a 0.39-Correlación positiva baja]

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos de las variables prácticas parentales prosociales y autoestima

Estadísticos descriptivos			
	Media	D.E.	N
Autoestima	25.95	4.51	110

	38.14	19.17	110
Prácticas parentales prosociales			

Nota. La norma de la muestra de autoestima se encuentra de 21.4 a 30.4. La de prácticas parentales prosociales es de 18.9 a 57.3

Tabla 3.  
Estadísticos descriptivos de frecuencias de puntuaciones globales de la escala de autoestima de Rosenberg

Puntuaciones globales de la escala de autoestima de Rosenberg				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje acumulado
válido				
17 a 20 (debajo de la media)	14	12.7	12.7	12.7
21 a 30 (dentro de la media)	75	68.2	68.2	80.9
31 a 39 (encima de la media)	21	19.1	19.1	100.0
Total	110	100.0	100.0	

Nota. El 12.7% de la muestra se encuentra por debajo de la media en relación a la variable autoestima.

Tabla 4.  
Estadísticos descriptivos de frecuencias de puntuaciones globales de la escala de prácticas parentales prosociales

Puntuaciones globales de prácticas parentales prosociales				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0 a 18 (debajo de la media)	16	14.5	14.5	14.5
19 a 57 (dentro de la media)	75	68.2	68.2	82.7

58 a 79 (encima de la media)	19	17.3	17.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

Nota. El 14% de la muestra se encuentra en parámetros bajos con relación a la variables de autoestima.

Tabla 5.  
Estadísticos descriptivos de la escala de autoestima de Rosenberg

	N		Media	D.E.
	Válido	Perdidos		
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos medida que los demás.	110	0	3.28	0.879
Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.	110	0	3.10	0.877
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	110	0	2.88	1.011
Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.	110	0	2.76	1.083
En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.	110	0	2.95	1.112
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.	110	0	2.10	1.075
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	110	0	2.54	1.246
Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo/a.	110	0	1.85	1.057
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	110	0	2.25	1.167
<del>A veces creo que no soy buena persona.</del>	<del>110</del>	<del>0</del>	<del>2.24</del>	<del>1.100</del>

Nota. El reactivo que tiene un mayor puntaje es “Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás”.

Tabla 6.  
Estadísticos descriptivos de la escala de prácticas parentales prosociales

	N		Media	D.E.
	Válido	Perdidos		
Platica conmigo acerca de la importancia de ayudar a otros	110	0	1.67	1.126
Platica conmigo acerca de la importancia de ser amable con los demás	110	0	1.96	1.049
Me apoya cuando hago algo bueno por otra persona	110	0	1.95	1.116
Me dice que soy buen(a) niño(a) cuando ayudo a alguien	110	0	1.74	1.114
Me dice que está orgulloso de mi cuando ayudo a otros	110	0	1.59	1.136
Me dice que todos necesitamos de todos	110	0	1.60	1.135
Me dice que soy buen(a) niño(a) cuando comparto mis cosas	110	0	1.60	1.135
Me felicita cuando ayudo a alguien	110	0	1.82	1.243
Me dice que es bueno ayudar a los que lo necesitan	110	0	1.65	1.112
Platica conmigo sobre la importancia de prestar mis cosas	110	0	1.60	1.135
Me dice que es bueno que sea compartido(a)	110	0	1.83	1.108
Me agradece cuando ayudo en casa	110	0	1.75	1.102
Platica conmigo acerca de que todos debemos ayudar en la casa	110	0	1.60	1.135
Me pide que ayude a los vecinos o familiares cuando lo necesitan	110	0	1.72	1.422
Me muestra afecto cuando hago algo por los demás	110	0	1.49	1.107
Mi papá y yo ayudamos a los necesitados	110	0	1.23	1.163
Me lleva con el cuándo realiza actividades para ayudar a otros	110	0	0.90	1.108

---

Me da dinero cuando ayudo a otros	110	0	0.90	1.066
Me da dinero cuando colaboro en casa	110	0	0.74	1.046
Me ofrece regalos para que ayude a otros	110	0	0.81	1.036
Me compra regalos por colaborar con otros	110	0	1.19	1.267
Me deja ver más tiempo la TV si ayudo a los demás	110	0	1.60	1.135
Me deja comprar algo como recompensa de haber ayudado a alguien	110	0	1.14	1.185
Me deja jugar a lo que me gusta cuando comparto mis cosas	110	0	0.96	1.149
Me pega cuando no colaboro con los demás	110	0	1.01	1.054
Me pega cuando no ayudo a mis familiares (hermanos, primos, tíos)	110	0	1.20	1.225
Mi papá me regaña cuando no comparto mis cosas	110	0	0.90	1.108

Nota. El ítem que tiene mayor puntaje en la escala de prácticas parentales prosociales es “Platica conmigo acerca de la importancia de ser amable con los demás”.

## Aplicación de un programa para mejorar la interacción escolar en un grupo de primaria

Sharon Narubi Navarrete Rodríguez, Laura Amada Hernández Trejo, Guadalupe Ximena

Ortega Ramírez

México, Ciudad de México, 25 de julio de 2023

El acoso escolar o bullying implica un desequilibrio de poder, es una conducta agresiva que se presenta en escolares cuando un niño o grupo de niños se dirigen de manera persistente hacia otro niño, resultando en daño físico o emocional para la víctima. Se ha identificado que el motivo por el cual el alumnado recurre a estas prácticas es debido a la falta de habilidades sociales. De acuerdo a la ONG Bullying Sin Fronteras, México se encuentra en el primer lugar de casos de bullying en el mundo. Objetivo: este trabajo es el resultado de las prácticas realizadas en la asignatura Intervención en niños I, en la cual, mediante la aplicación de un programa para la mejora de la interacción escolar se reduzcan las conductas de acoso en alumnos de 5o año de primaria. Participaron 12 niñas y 11 niños ( $X=10.09$  años, D.E .288) pertenecientes a un Colegio ubicado en la Ciudad de México. Método: estudio exploratorio, preexperimental con diseño pretest-postest de un solo grupo. Los datos se analizaron con la prueba T de Wilcoxon para las comparaciones de la variable Interacción escolar antes de la aplicación y después de la aplicación del programa. Resultado: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $z= -.503$ ,  $p=.615$ ) en la Interacción escolar. En el análisis por subescalas se encontraron diferencias significativas en la subescala de Acoso Extremo/Ciberacoso ( $z= -2.032$ ,  $p= .042$ ). Por otro lado, los participantes reportaron que les gustaron los temas de las sesiones y las actividades.

Palabras clave: habilidades sociales, acoso escolar, interacción escolar.

Aplicación de un programa para mejorar la interacción escolar en un grupo de primaria.

Sharon Narubi Navarrete Rodríguez, Laura Amada Hernández Trejo, Guadalupe Ximena

Ortega Ramírez (Facultad de Psicología, UNAM. [Dirección](#): Circuito Ciudad Universitaria

Avenida, C.U., 04510 Ciudad de México)

[laura.a.ht@gmail.com](mailto:laura.a.ht@gmail.com), [ximenaorg@gmail.com](mailto:ximenaorg@gmail.com), [shrnnvrrt@gmail.com](mailto:shrnnvrrt@gmail.com)

### Introducción

El bullying o acoso escolar hace referencia a un comportamiento agresivo que implica un desequilibrio de poder, ya que están involucrados el o los acosadores que son quienes cometen los actos de agresión y la o las víctimas que son los receptores de las agresiones (Mendoza & Pedroza, 2015). Esta conducta agresiva se presenta en escolares cuando un niño o un grupo de niños se dirigen a una persona de manera persistente y el resultado de este comportamiento para la víctima, es el daño emocional o físico (Sánchez & Cerezo, 2014).

De acuerdo a la ONG Bullying Sin Fronteras (2023), México ocupa el primer lugar con más casos de bullying en el mundo. En México, 7 de cada 10 niños y adolescentes sufren de esta práctica de manera diaria, con mayor incidencia en las escuelas de nivel primaria y secundaria.

Se ha identificado que un motivo que lleva al alumnado a involucrarse en episodios de bullying es el déficit de habilidades sociales, ya que se ha observado que quienes participan en estos actos presentan dificultad para comunicarse asertivamente, ser empático con sus pares, iniciar y mantener conversaciones, y resolver situaciones sin hacer uso de la agresión (González & Ramírez, 2017).

Las habilidades sociales son el conjunto de conductas que nos permiten relacionarnos con nuestro entorno al expresar sentimientos, deseos y opiniones (Fermoso et al., 2019). La empatía, la asertividad, la comunicación, la autoestima y la inteligencia emocional son habilidades sociales que se ponen en juego en el intercambio social (Tortosa, 2018).

Estas habilidades dependen del proceso de socialización, el cuál va de la mano con el desarrollo cognitivo y se va adquiriendo conforme a las experiencias previas que se han tenido, en general y más concretamente, estas habilidades se obtienen de acuerdo al contexto de cada persona (Lacunza, 2011). La enseñanza temprana de habilidades sociales es importante como un buen intento de prevenir una pobre salud mental futura y pronosticar un mejor desarrollo y adaptación del infante (Lacunza & De González, 2011).

Mendoza y Pedroza (2015), afirman que “En México se carece de investigación dirigida a probar la efectividad de programas de intervención para disminuir y erradicar el comportamiento de acoso escolar”, por lo que este estudio permitirá observar las circunstancias en las que se desarrollará el programa de intervención “Compartamos” o “Galaxia HA(bilidades) SO(ciales) programa de prevención del acoso escolar” (Caballo & Carrillo, 2022), que busca mejorar la interacción escolar en alumnos de 5to de primaria de una escuela ubicada en la Ciudad de México.

#### Método

Objetivo: Evaluar los resultado de la aplicación del programa “Compartamos” en la interacción escolar de un grupo de niñas y niños.

#### VARIABLES

Variable Independiente: Programa para mejorar la interacción escolar "Compartamos" (Caballo & Carrillo, 2022).

Definición operacional: El programa "Compartamos" (Caballo & Carrillo, 2022) tuvo una duración de 8 sesiones los días miércoles de 50 minutos cada una, comenzando el día 15 de marzo del 2023 con la aplicación del cuestionario CMIE-IV y finalizando el día 31 de mayo del 2023.

Variable Dependiente: Interacción escolar.

Definición operacional: Puntuación obtenida por cada niño en el Cuestionario multimodal de interacción escolar (CMIE-IV) (Caballo, Caldero, Arias, Salazar e Iurrtia, 2012).

Definición conceptual: autoinforme que evalúa el acoso escolar en alumnos de 10 a 15 años. Las escalas que integran este cuestionario son: comportamientos intimidatorios, victimización recibida, acoso extremo o ciberacoso, observador activo en defensa del acosado y observador pasivo (Caballo et al., 2012).

Estudio preexperimental (Campbell & Stanley, 1978) a través de un programa de intervención psicoeducativo. La muestra no probabilística por conveniencia, estuvo formada por 30 alumnos, de los cuales 23 cumplieron con los criterios de inclusión: estar inscritos en el colegio, familias que proporcionaron el consentimiento informado a la institución, respondieron las evaluaciones pre y post. Se excluyeron únicamente a siete alumnos del análisis debido a que faltaron a alguna sesión de evaluación (pre-post).

Instrumentos y materiales:

Cuestionario de datos sociodemográficos

Se trata de un cuestionario creado de forma ex profeso para explorar datos importantes de los participantes como edad, sexo, personas con quienes viven, número de hermanos y qué lugar ocupa entre ellos, ocupación del padre y de la madre o de sus cuidadores, estado civil de sus padres, quién es el sostén económico de su familia, tipo de vivienda, tamaño de vivienda y el promedio de personas que duermen en cada cuarto.

Cuestionario multimodal de interacción escolar CMIE-IV (Caballo et al., 2012)

Es un autoinforme que evalúa el acoso escolar en alumnos de 10 a 15 años. Las escalas que integran este cuestionario son: comportamientos intimidatorios, victimización recibida, acoso extremo o ciberacoso, observador activo en defensa del acosado y observador pasivo.

En las propiedades psicométricas del instrumento se encontró que en este cuestionario los factores tienen poca relación entre sí debido a la complejidad del acoso escolar, por lo que se plantea una puntuación en cada dimensión y no una puntuación global, siendo así: el alfa de Cronbach indica una buena consistencia interna para el factor 1, Comportamientos intimidatorios (acosador) y el factor 2, Victimización recibida (acosado), mientras que para el factor 4, Acoso extremo/Ciberacoso, y el factor 5, Observador pasivo, es sensiblemente más baja (Caballo et al., 2012).

Formato de satisfacción

Se usó un formato a partir de la segunda sesión del taller. Para su aplicación se destinaron 5 minutos al finalizar cada sesión con el objetivo de que las facilitadoras obtuvieran una retroalimentación por parte de los niños acerca de la dinámica que se usó en cada sesión. En dicho formato los niños deben agregar algunos datos como su nombre, el número y nombre de la sesión; además, se les

pide que dibujen y escriban cómo se sienten al finalizar la sesión. Por otro lado, se les pide que escriban si la sesión fue de su agrado, qué aprendieron y qué fue lo que más les gustó.

### Procedimiento

Para la aplicación del taller se hicieron 8 visitas al Colegio. En la primera visita se realizó la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos, así como la aplicación pretest del cuestionario CMIE-IV. En las siete sesiones posteriores se desarrolló el taller en el cual se entrenaba una habilidad social diferente. Cada sesión tuvo una duración de 50 minutos. En cada una participaron dos facilitadoras que se encargaron de desarrollar las sesiones con actividades prácticas y de psicoeducación; y una observadora que se encargó de llevar el registro de cada sesión.

En la última sesión, se practicó lo visto a lo largo del taller con el juego Galaxia HASO que propone el manual. Posteriormente se hizo la aplicación posttest del cuestionario CMIE-IV.

### Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 25.0 (IBM, 2017). Para el análisis de los datos sociodemográficos se realizó una tabla de frecuencias para conocer las características de la población (Tabla 1). Para el análisis de las evaluaciones pre y post del cuestionario CMIE-IV se realizó la prueba no paramétrica T de Wilcoxon en donde se analizaron los resultados de los participantes por subescalas para conocer si existían diferencias significativas en la variable Interacción escolar antes y después de la aplicación del programa “Compartamos”.

### Resultados

La edad promedio de la muestra es de 10.09 años (Desviación estándar [D.E] .288), el 52.2% de la población está representada por mujeres. La mayoría de la muestra (52.2%) reporta que vive con su familia nuclear y el mismo porcentaje de participantes vive con su familia extendida o pasa la mayor parte del tiempo con estos familiares. El 60.9% reportan tener un hermano o hermana, de los cuales, el 39.1% son los hermanos menores. El 34.8% de los padres son empleados u obreros. El 30.4% de las madres tienen una empresa o negocio propio. El 47.8% de los padres están casados. El 30.4% refiere al padre como el sostén económico de la familia. El 34.8% de la muestra viven en casa sola en terreno familiar, el 73.9% considera que hay suficiente espacio para todos y para el 78.3% de la muestra duermen 2 personas por cuarto en promedio (Ver tabla 1).

Tabla 1

Análisis de datos sociodemográficos

Variables	n= 23
Edad	— X= 10.09 (D.E.=.288)
Sexo	n(%) 52.2%
Mujeres	47.8%
Hombres	
Personas con quienes vive	
Familia nuclear*	47.8%
Familia extendida**	47.8%
Familia reconstituida	4.3%
Lugar que ocupa entre hermanos	
El mayor	21.7%
El de en medio	8.7%
El menor	39.1%
Hijo único	21.7%
Gemelo	8.7%
Número de hermanos	
Ninguno	21.7%
Uno	60.9%
Dos	8.7%
Tres	4.3%
Cuatro	4.3%
Ocupación del padre	
Empleado/obrero	34.8%
Profesionista	13%
Empresa o negocio propio	17.4%
No sabe	26.1%
Más de una ocupación	8.7%
Ocupación de la madre	
Empleada/obrero	4.3%
Profesionista	21.7%
Empresa o negocio propio	30.4%
Ama de casa	13%
Trabajadora doméstica	4.3%
No sabe	13%
Más de una ocupación	8.7%
Actividades en casa	
Estado civil de los padres	

---

Casados	47.8%
Divorciados/solteros	8.7%
Separados	13%
Unión libre	30.4%
Principal sostén económico de la familia	
Papá	30.4%
Mamá	21.7%
Padre y madre	30.4%
Uno de mis abuelos/Tío(a)	4.3%
Más de un familiar	13%
Promedio de personas que duermen en cada cuarto	
Una persona por cuarto	21.7%
Dos personas por cuarto	78.3%
Tipo de vivienda	
Departamento	17.4%
Casa sola	26.1%
Casa sola en terreno familiar	34.8%
Otro	4.3%
Más de un lugar a la vez	17.4%
Tamaño de vivienda	
Les sobra espacio	17.4%
Hay suficiente espacio para todos	73.9%
Están un poco amontonados	8.7%

---

Nota: \*Familia nuclear= mamá, papá, hermanas(os), \*\*Familia extendida= mamá, papá, hermana(o)s, abuelos, tíos, primos, etc.

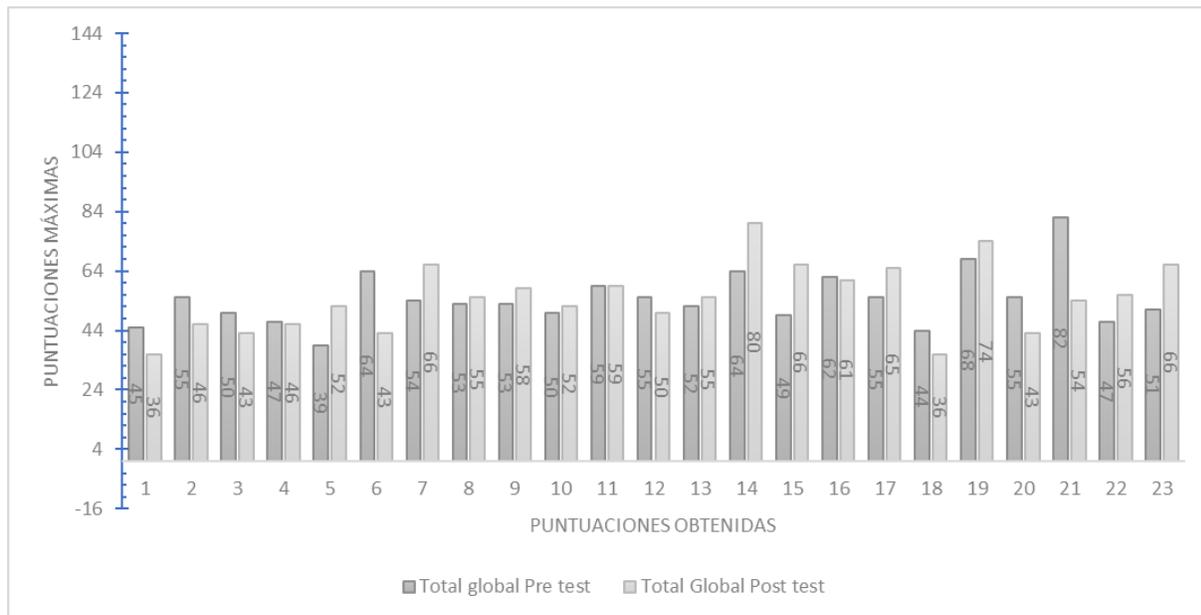
#### Resultados de la aplicación del programa

A continuación, se describen los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico de la escala completa y del análisis por subescala en las evaluaciones pretest y postest.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba Wilcoxon para el análisis del total global en las evaluaciones pre y post, no hay diferencias estadísticamente significativas ( $z = .503$ ,  $p = .615$ ) (Ver Figura 1). En el análisis por subescalas se encontraron diferencias significativas en la subescala de Acoso Extremo/Ciberacoso ( $z = -2.032$ ,  $p = .042$ ) (Tabla 2).

Figura 1.

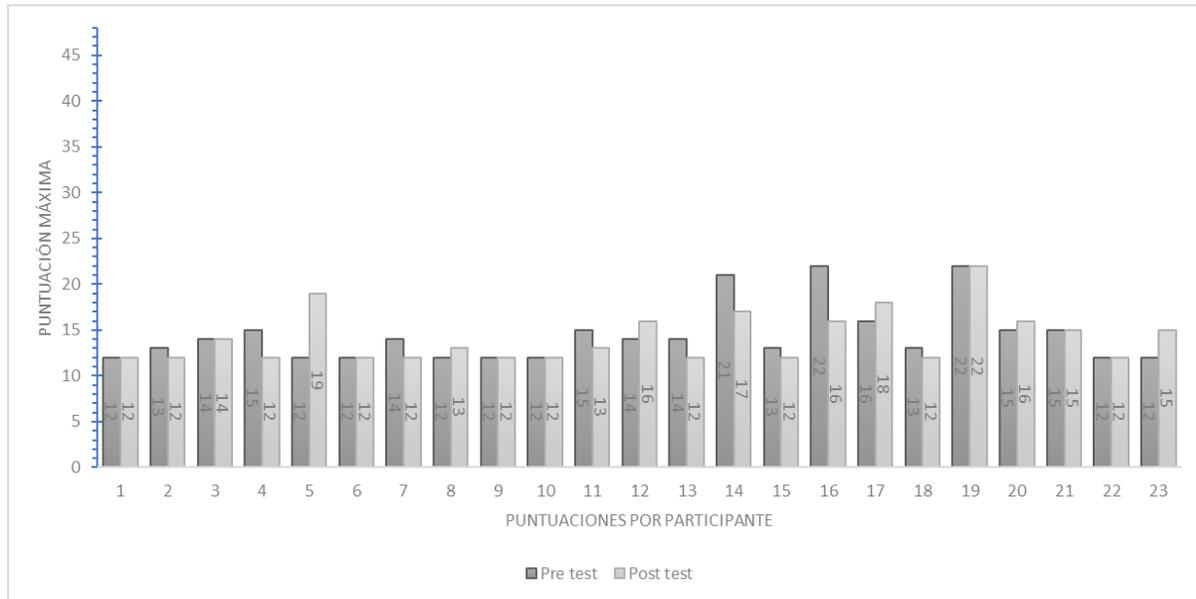
Puntuaciones globales obtenidas en la aplicación pre test y post test.



En cuanto a la escala de comportamientos intimidatorios no se observan diferencias después de la aplicación del taller, sin embargo, tampoco se observan puntuaciones muy altas, pues de los 48 puntos máximos que podrían haber obtenido en esta escala, ningún participante sobrepasó la mitad de esta cifra siendo el número más alto 22 en las aplicaciones pre test y post test (Figura 2).

Figura 2.

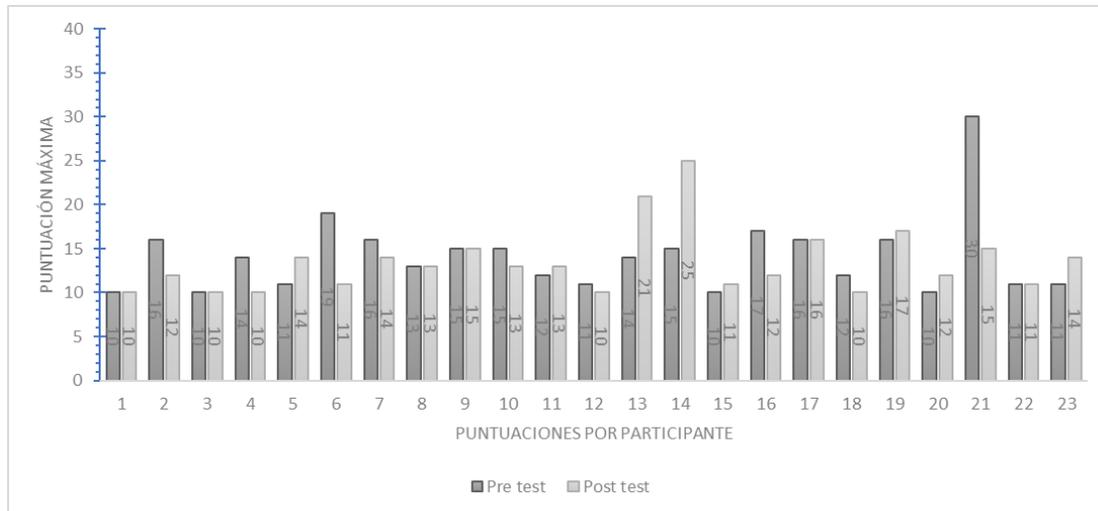
Subescala de Comportamientos Intimidatorios aplicación pre test y post test.



En cuanto a la escala de victimización recibida no hay diferencias significativas después de la aplicación del taller. En la evaluación pre test nueve participantes reportaron ser la o el acosada(o), posteriormente, en la evaluación post test estos participantes redujeron sus resultados en esta subescala. Por otro lado, después de la evaluación post test, ocho participantes reportaron ser la o el acosada(o). Los demás participantes mantuvieron sus resultados en ambas evaluaciones (Figura 3).

Figura 3.

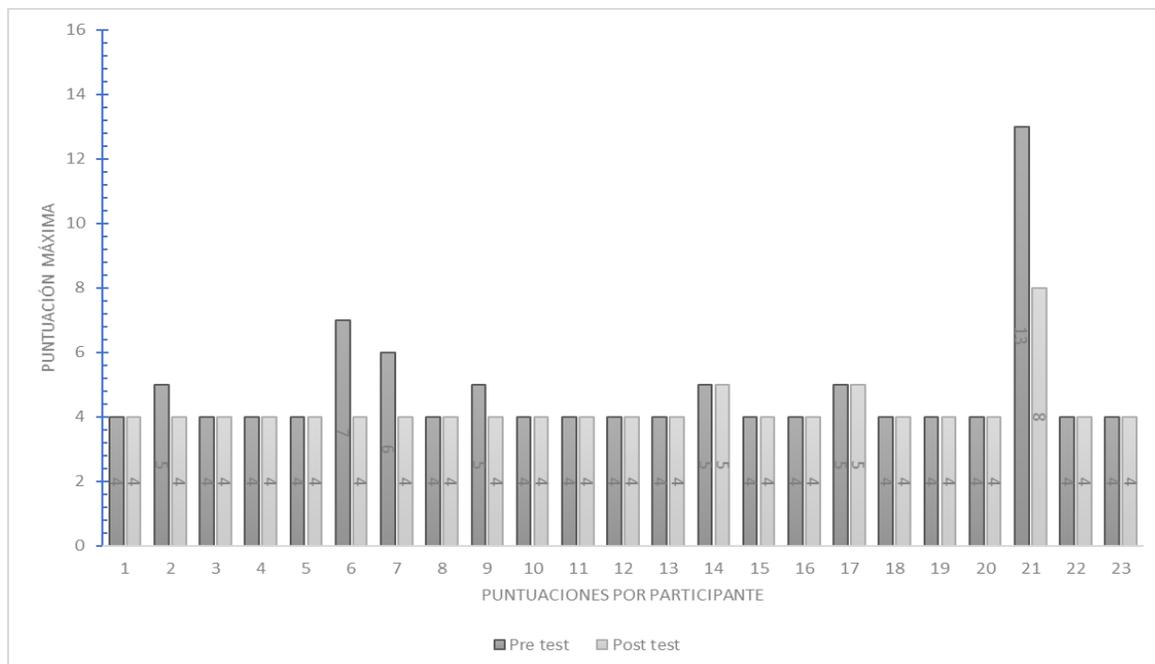
Subescala de Victimización Recibida aplicación pre test y post test.



En la subescala de acoso extremo/ciberacoso se observaron diferencias significativas después de la aplicación del taller. Cinco participantes reportaron haber experimentado acoso extremo o ciberacoso en los dos meses previos a la evaluación pre test, después de la aplicación del taller redujeron estas puntuaciones, mientras que los demás participantes mantuvieron sus resultados en ambas evaluaciones (Figura 4).

Figura 4.

Subescala de Acoso Extremo/ Ciberacoso aplicación pre test y post test.



En las subescalas de observador activo en defensa del acosado y observador pasivo se observan discrepancias de algunos participantes en las puntuaciones de ambas evaluaciones que se relacionan con sesgos de aplicación por parte de las facilitadoras y de comprensión lectora por parte de los participantes por lo que se recomienda tomar con cautela estos resultados (Figuras 5 y 6).

Figura 5.

Subescala de Observador Activo en defensa del acosado aplicación pre test y post test.

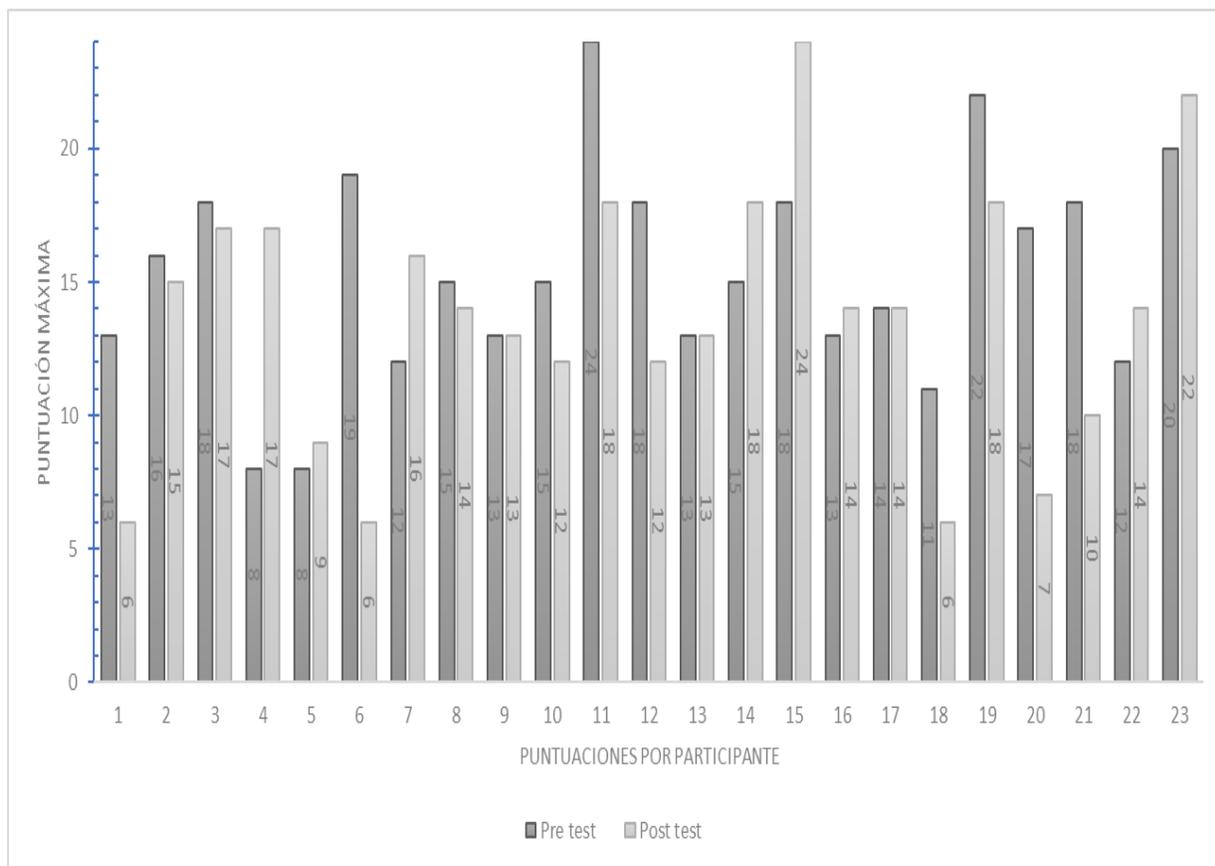
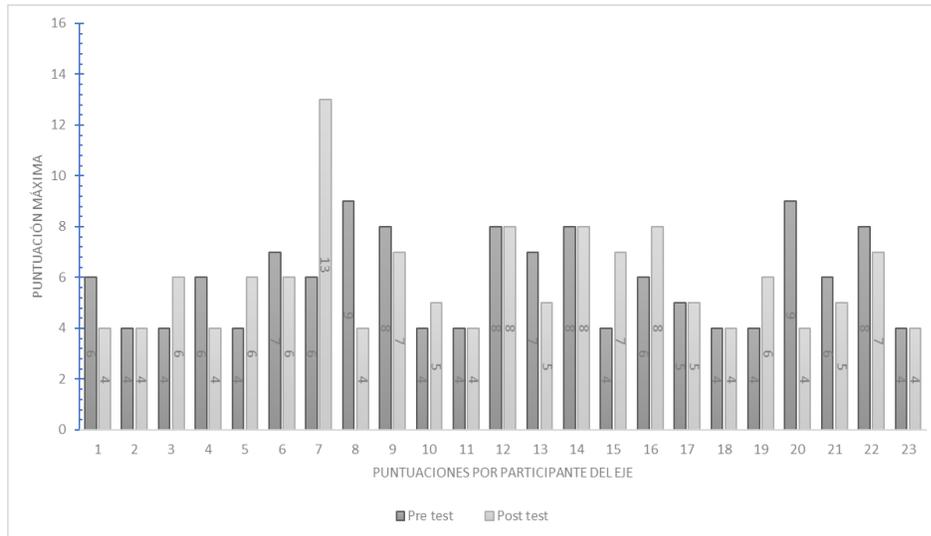


Figura 6.

Escala de Observador Pasivo aplicación pre test y post test.



Respecto a los lugares en donde ocurren las situaciones que menciona el cuestionario CMIE IV, los participantes reportan que ocurren generalmente en más de un lugar (en el patio, en la entrada o salida de la escuela, en el baño o en los pasillos) (Figura 7).

Figura 7.

Lugar o lugares donde suceden la mayoría de las situaciones.

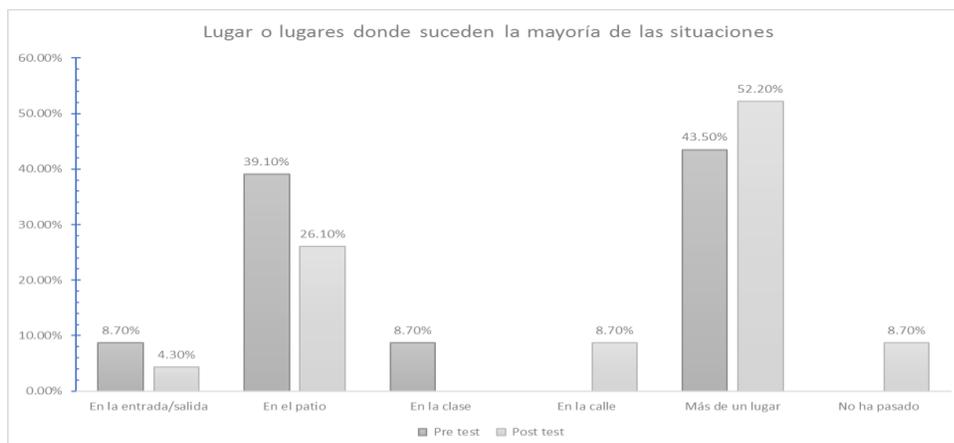


Tabla 2.

Datos obtenidos por subescala.

Subescala	Z	p
Subescala Comportamientos intimidatorios (acosador)	z= -.659	p= .510
Subescala Victimización Recibida (acosado)	z= -.641	p= .521
Subescala Acoso Extremo/Ciberacoso	z= -2.032	p= .042*
Subescala Observador Activo en defensa del acosado	z= -1.310	p= .190
Subescala Observador Pasivo	z= .000	p= 1.000

Nota: p= valor de significancia estadística; \*p< 0.05

Por otra parte, en cuanto a la evaluación de la satisfacción de los participantes, se observó que los temas que se abordaron así como las actividades fueron de su agrado, pues como se observa en las figuras 1 y 2 las respuestas en su mayoría fueron positivas para cada una de las sesiones. Al finalizar la intervención los alumnos y su profesora expresaron gratitud y conformidad por el taller, la información brindada y el esfuerzo por parte de las facilitadoras y la observadora.

Figura 8.

Formato de satisfacción reactivo “Me gustaron los temas”

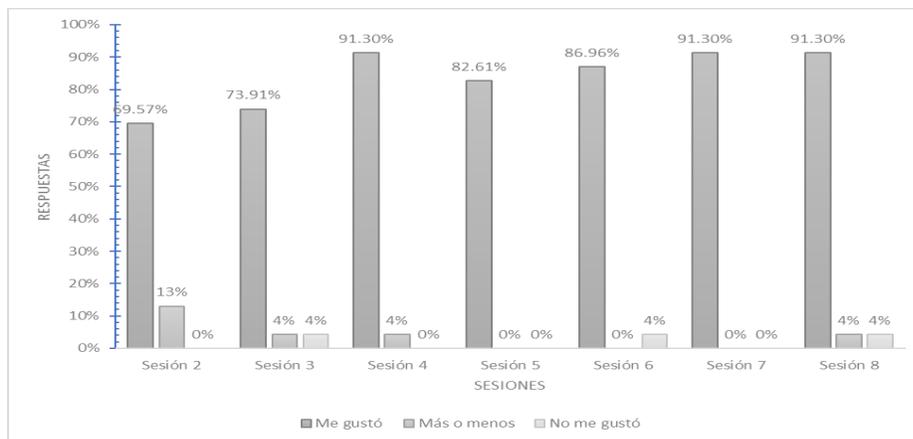
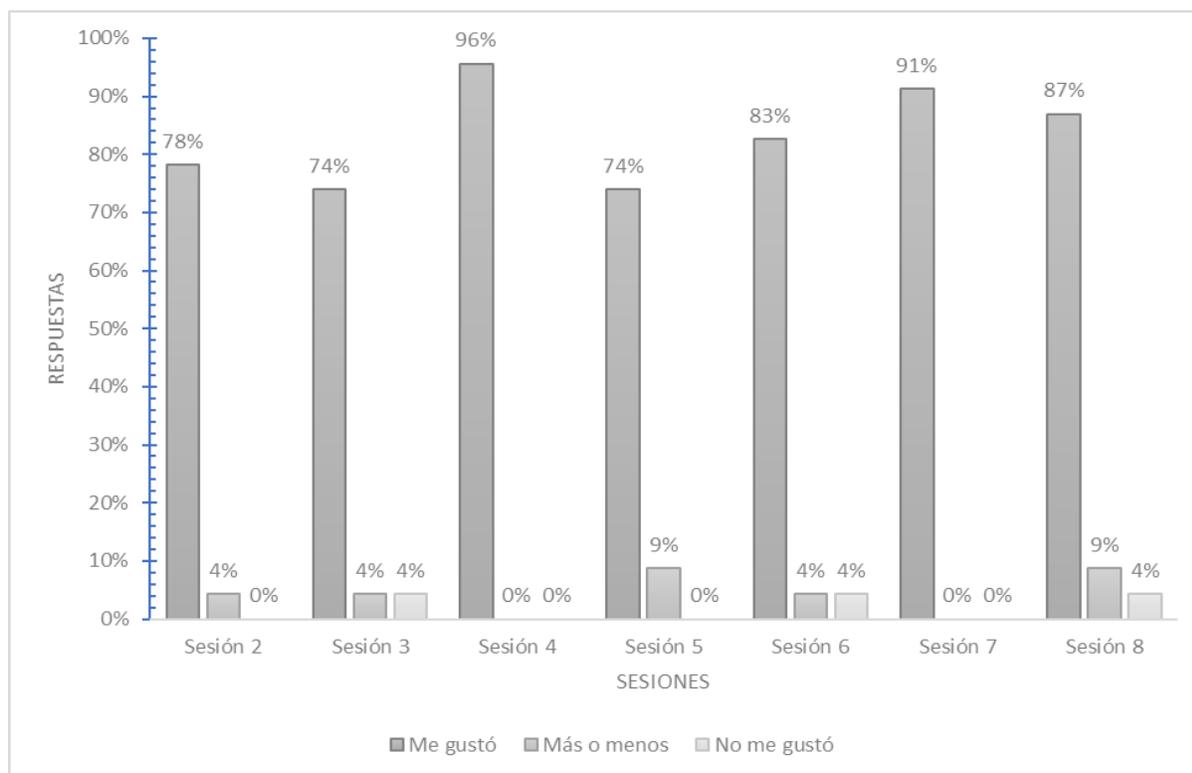


Figura 9.

Formato de satisfacción reactivo “Me gustaron las actividades”



### Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo la mejora de la interacción escolar, de acuerdo con los resultados obtenidos, existen cambios significativos en la subescala de acoso extremo/ciberacoso que representa un progreso en la forma de interactuar entre el grupo de estudio.

Las limitaciones que se identificaron en este estudio fueron los sesgos de aplicación en el CMIE-IV en la evaluación postest; además, el tiempo designado a cada sesión ya que en algunas no se concluyeron los contenidos o las actividades que estaban planteadas debido a que el grupo participaba mucho o algunas actividades de práctica eran complicadas de realizar y se hacían modificaciones en el momento; de igual manera la ausencia de los participantes en más de dos o tres sesiones que no permitieron que tuvieran una formación completa e las habilidades sociales entrenadas.

Por otro lado, como parte de las bondades se identificó que en general en la población de estudio no se encontraron dinámicas de acoso escolar por lo que algunos resultados de las subescalas se

mantienen en ambas evaluaciones, además, este estudio forma parte de las pocas investigaciones realizadas a nivel nacional sobre acoso escolar.

Se recomienda que el taller se desarrolle de acuerdo al tiempo indicado en el manual, es decir, en 60 minutos; cubrir las horas recomendadas en el manual para la práctica de los contenidos a través del Juego Galaxia HASO; fomentar la práctica de las habilidades sociales por parte del personal académico.

### Conclusiones

El acoso escolar es un fenómeno que puede causar daño físico y psicológico de gran impacto, por lo que es importante seguir realizando intervenciones e investigaciones en otros entornos escolares. Además de realizar intervenciones de prevención que fomenten la práctica de habilidades sociales en niñas y niños escolares de menor edad.

### Referencias

Almaraz Feroso, D., Coeto Cruzes, G., & Camacho Ruiz, E. J. (2019). Habilidades sociales en niños de primaria. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 10(19), 191-206. <https://doi.org/10.33010/ierierediech.v10i19.706>

Betina Lacunza, A., & Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, XII (23), 159-182.

Caballo, V. E., Calderero, M., Arias, B., Salazar, I.C., e Iurrtia, M. J. (2012). Desarrollo y validación de una nueva medida de autoinforme para evaluar el acoso escolar (bullying). *Psicología Conductual = Behavioral Psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 20 (3), 625–648.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4132056>

Campbell, D. & Stanley, J. (1978). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Cuevas, M. C., & Marmolejo, M. A. (2016). Observadores: un rol determinante en el acoso escolar. *Pensamiento Psicológico*, 14(1), 89-102. <http://dx.doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI14-1.orda>

Fronteras, O. I. B. S. (2023, 13 febrero). BULLYING. MÉXICO. Estadísticas de Acoso Escolar 2020/2021. 180.000 CASOS. <https://bulliyingsinfronteras.blogspot.com/2017/03/bullying-mexico-estadisticas-2017.html>

González, B. M., & Ramírez, V. E. G. (2017). Acoso escolar y habilidades sociales en alumnado de educación básica. *Ciencia Ergo Sum*, 24(2), 109-116. <https://doi.org/10.30878/ces.v24n2a2>

IBM Corp. Publicado en 2017. IBM SPSS Statistics para Windows, versión 25.0. Armonk, Nueva York: IBM Corp.

Mendoza González, B. y Pedroza Cabrera, F. J. (2015). Evaluación de un programa de intervención para disminuir el acoso escolar y la conducta disruptiva. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(2), 1947-1959.

Sánchez Lacasa, C., & Cerezo Ramírez, F. (2014). Conceptualización del bullying y pautas de intervención en educación primaria. *Revista INFAD de*

Psicología "International Journal of Developmental and Educational Psychology", 6 (1), 443-452.

## **La importancia de la Psicología en el tratamiento de la obesidad: Tratamiento cognitivo conductual**

Importance of Psychology on the treatment of obesity: Behavioral and cognitive treatment

Leonardo Rafael Mijangos Álvarez\*

México. Ciudad de México. Julio 2023

\*Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Programa Obesidad, Sobrepeso, Salud y Emociones: Atención Cognitivo Conductual (O.S.S.E.A.).

Contacto: leo.mijangos@gmail.com

Resumen. La obesidad es una enfermedad que se caracteriza por el exceso de grasa corporal. En la actualidad, millones de personas alrededor del mundo padecen obesidad a tal grado que se le considera la pandemia de nuestro siglo. El tratamiento de la obesidad comúnmente se realiza por medio de dietas hipocalóricas; sin embargo, es necesario realizar cambios de hábitos en las personas que padecen obesidad para que lleven un estilo de vida saludable y no recuperen el peso perdido. El objetivo de este trabajo es demostrar la importancia de la Psicología en el tratamiento multidisciplinario de la obesidad, enfatizando y describiendo el tratamiento cognitivo conductual y la importancia de implementar en el tratamiento una fase de mantenimiento del peso perdido.

Palabras clave: Obesidad, Psicología, Tratamiento cognitivo conductual.

Abstract. Obesity is a disease characterized by the excess of body fat. Nowadays, millions of people around the world live with obesity. Obesity is now considered the pandemic of our century. Treatment of obesity is commonly based in hypocaloric diet; nevertheless, in the treatment of obesity it is of vital importance to work with change of habits with the patient, so they can have healthy habits and do not regain the weight lost. The aim of this paper is to demonstrate the importance of Psychology on the multidisciplinary treatment of obesity; to do so, we will be focusing and describing the behavioral and cognitive treatment and the importance of implementing in the treatment a maintenance phase of the weight lost.

Keywords: Obesity, Psychology, Behavioral and Cognitive Treatment.

## Introducción.

La obesidad es una enfermedad que afecta a millones de personas y se ha dicho que constituye la pandemia de nuestro siglo. De acuerdo con cifras de las OMS (2021), la presencia de obesidad en la población se ha triplicado en el transcurso de 40 años. En 2016, más de 1 900 millones de adultos mayores de 18 años vivía con sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones padecían obesidad; pero la obesidad no solamente afecta a la población adulta; la OMS (2021) describe que 41 millones de niños menores de cinco años y más de 340 millones de niños y adolescentes de entre cinco y 19 años viven con sobrepeso y obesidad. Estas cifras nos dan un panorama de cómo la obesidad representa una condición de salud en el mundo que afecta a muchísimas personas y representa un gasto importante para los gobiernos. Sin embargo, la OMS ha observado que la obesidad puede prevenirse y tratarse.

La obesidad es una enfermedad inflamatoria, sistémica, crónica y recurrente que se caracteriza por la acumulación anormal o excesiva de grasa corporal. Se acompaña de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo del desarrollo de comorbilidades como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias (OMS, 2021).

Diversos estudios han demostrado que la obesidad tiene una génesis multifactorial en las que se pueden identificar dos momentos claves: prenatal y posnatal. Aquí nos enfocaremos a los condicionantes posnatales los cuales se han descrito como una desregulación en la ingesta calórica del individuo y la realización de poca o nula actividad física. Asimismo, se ha observado que hay componentes psicológicos que influyen en el mantenimiento de la obesidad y, al mismo tiempo, la obesidad es, también, factor de riesgo para desencadenar trastornos de salud mental como la depresión.

Debido a su característica multifactorial, el tratamiento de la obesidad debe contemplar diversas esferas dentro de la vida del individuo que incluya no solamente la nutrición y la actividad física, sino que también contemple el componente psicológico. El objetivo de los tratamientos psicológicos es crear hábitos saludables en el individuo para que lleve un estilo de vida que promueva su salud. Estos tratamientos suelen ser de corte cognitivo conductual cuya evidencia de efectividad está muy bien documentada.

El objetivo de este trabajo es demostrar la importancia de la Psicología en el tratamiento de la obesidad y proporcionar las características de los tratamientos psicológicos para la obesidad partiendo desde la definición de la obesidad y describiendo las dificultades de su tratamiento. El objetivo de un tratamiento psicológico de la obesidad no es el de reducir el peso de la persona que padece obesidad sino apoyarle en su cambio de estilo de vida de tal forma que lleve una vida saludable y que mitigue el riesgo de desarrollar comorbilidades por la obesidad. Asimismo,

hablaremos sobre las limitaciones que tienen estos tratamientos y qué estrategias adoptar para que estos tengan una efectividad sostenida a lo largo de la vida de la persona que vive con obesidad.

### Evaluación y diagnóstico de la obesidad

La obesidad es una enfermedad que se caracteriza por el exceso de grasa corporal; debido a esta características es muy fácil ver la presencia de obesidad o sobrepeso en una persona. Sin embargo, se han desarrollado ciertos parámetros para estandarizar el diagnóstico de obesidad en personas adultas. Uno de estos parámetros es el Índice de Masa Corporal (IMC) que es el cociente del peso en kilogramos de la persona sobre su altura en metros al cuadrado, de tal forma que el IMC se representa en términos de Kg/m<sup>2</sup>. Una persona presenta sobrepeso si su IMC se encuentra entre 24.9 y 29.9 y presenta obesidad si su IMC es igual o superior a 30.

La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) desarrolló un consenso para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y para generar pautas para el tratamiento de esta enfermedad (Salas-Salvado y colaboradores, 2007). En este apartado esbozamos escuetamente alguno de sus puntos más relevantes.

Para la valoración de la obesidad es necesario realizar la anamnesis del paciente, posteriormente se debe hacer una exploración física y solicitar estudios complementarios; y, finalmente, es importante evaluar la adiposidad global y regional del individuo. En la anamnesis debemos explorar la historia biográfica del paciente en donde recogeremos los antecedentes familiares y personales de interés. Se profundizará en la evolución de la obesidad a lo largo de la vida de la persona y se hará constar aquellos aspectos de interés sobre la alimentación y hábitos de vida, enfocándonos en los siguientes puntos: causas desencadenantes de la obesidad, causas secundarias de la obesidad, identificación de comorbilidades mayores o menores, estudios de los hábitos alimentarios y nivel de actividad física, el registro de los intentos previos de pérdida de peso, los tratamientos utilizados y su eficacia y, por último, la motivación para enfrentarse a un nuevo programa de adelgazamiento (más adelante hablaremos sobre el enfoque de los programas para el tratamiento de la obesidad). En la exploración física se observarán la presencia de signos de obesidad secundaria y las consecuencias que la obesidad tiene sobre la salud física de la persona. También se realizarán la química analítica general, una ecografía abdominal, pruebas funcionales respiratorias y estudio polisomnográfico o ecocardiografía y el registro de la presión arterial. Para la evaluación de la adiposidad registraremos el peso, la talla y el IMC. Además, debemos determinar el perímetro de la cintura que es el mejor parámetro para estimar la grasa visceral y el riesgo cardiovascular. También se debe determinar el riesgo de comorbilidad y riesgo de mortalidad del paciente.

Además de lo anterior, la SEEDO (2007) hace algunas recomendaciones para el establecimiento de criterios para el tratamiento de la obesidad de acuerdo con el IMC del paciente.

Según sus recomendaciones y las de Mitchell y Cook (2005), los psicólogos entraríamos en el tratamiento de pacientes que presenten un IMC mayor a 27 Kg/m<sup>2</sup> interviniendo sobre los hábitos que aumentan el riesgo de mantener la obesidad.

Sabemos que el tratamiento más común de la obesidad se fundamenta en llevar un plan de alimentación hipocalórica para que el paciente vaya perdiendo grasa; sin embargo, actualmente se ha hecho evidente que dicho tratamiento no es tan efectivo como se había pensado y es necesario que en el tratamiento participen otros profesionales de la salud además del nutriólogo o el endocrinólogo (Baile, 2018). Los psicólogos somos aquellos profesionistas que nos ocupamos de la conducta humana y, por lo tanto, es importante nuestra participación en el tratamiento de la obesidad.

En el pasado, nuestro trabajo con pacientes que viven con obesidad se limitaba a las comorbilidades psicológicas que presentaban los pacientes a causa de la obesidad. Sin embargo, se está estudiando si el componente psicológico puede causar la obesidad más allá de que la obesidad sea un factor de riesgo para comorbilidades psicológicas. Baile y González (2011) realizaron una revisión de los estudios que se han hecho sobre comorbilidad psicopatológica y la obesidad publicados entre 2007 y 2010. En su revisión, estos autores encontraron evidencia contradictoria, pero la mayoría de los estudios analizados obtuvieron resultados a favor de la existencia de alteraciones comunes en las personas que padecen obesidad tales como depresión, ansiedad, consumo de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. Entonces, nuestra actuación no debe limitarse al trabajo de cambio conductual, sino que también debemos tener presente la posibilidad de la presencia de algún trastorno psicológico ya sea durante la pérdida de peso o desde que llegó la persona a solicitar tratamiento para la obesidad.

### Psicología y obesidad

Perder peso no es una tarea fácil. Es común pensar que el éxito en la pérdida de peso es causa de la fuerza de voluntad de la persona. Este pensamiento no nos permite observar el panorama completo del proceso de la pérdida de peso. Muchas personas han intentado varias veces perder peso sin obtener los resultados deseados. Han logrado perder peso, pero al poco tiempo después del tratamiento nutricional recuperan el peso perdido, inclusive algunos llegan a pesar más que cuando empezaron el tratamiento. Como dice Baile (2018), es un error pensar que la obesidad puede tratarse temporalmente cuando esta se ha desarrollado y mantenido en la persona por un largo periodo. Es por ello que diversos autores proponen que la obesidad debe ser tratada como una enfermedad crónica.

El papel de la Psicología en el tratamiento de la obesidad es el de proporcionar herramientas a la persona para que pueda desarrollar y mantener un estilo de vida saludable y que mitigue los riesgos de desarrollar alguna patología asociada con la obesidad. En un principio, se propusieron

tratamientos exclusivamente conductuales, pero al ver sus limitaciones y con la aparición de la Psicología Cognitiva, se han desarrollado tratamientos cognitivos conductuales para la obesidad que han probado ser muy eficaces; sin embargo, sus resultados no son sostenibles a largo plazo. A continuación veremos las características de este tratamiento.

### Tratamiento cognitivo conductual para la obesidad

El tratamiento cognitivo conductual para la obesidad se centra en promover hábitos saludables de alimentación, actividad física y la modificación de los factores de la vida emocional que repercuten en la obesidad (Baile et al, 2020; Denia, 2011; Shaw y colaboradores, 2009; Becker y colaboradores, 2006; Douketis y colaboradores, 2005). Debemos recordar que este tratamiento debe ir acompañado con la labor de otros profesionistas como nutriólogo, médico internista, entre otros.

La modalidad del tratamiento puede ser individual o grupal. Se ha observado que la terapia grupal tiene mejores resultados comparada con la terapia individual. Se cree que esto es por la empatía que se genera dentro del grupo, el apoyo social y la sana competencia (Garulet y Perez Heredia, 2009). En cuestión de la pérdida de peso, se recomienda que sea una pérdida del 5-10% del peso inicial (Baile y colaboradores, 2020; Cooper y Fairburn, 2001). Esta pérdida es suficiente para mejorar la condición de salud de la persona, además de que constituye una pérdida realista y sostenible para el paciente a diferencia de buscar llegar al normopeso que constituye un proceso agotador para la persona.

Denia (2011) identifica dos elementos claves del tratamiento: la motivación y la psicoeducación. Comenta que las personas que viven con obesidad tienen dificultad para encontrar motivos suficientes para cambiar su conducta. Por su parte, la psicoeducación, además de ayudarnos a desarrollar la motivación de las personas, nos permitirá transmitir información alimentaria y psicológica a los pacientes.

Por su parte, Baile y González (2013) en su Intervención psicológica en obesidad enumeran los siguientes componentes del tratamiento: 1) promoción de la motivación para el cambio; 2) psicoeducación sobre las causas generales de la obesidad y la posible etiología del caso concreto, sobre alimentación saludable y sobre actividad física; 3) propuesta de régimen alimentario especial y un plan de actividad física; 4) intervención para incrementar el autocontrol; 5) intervención en las cadenas conductuales; 6) realización de autorregistros con intención terapéutica para modificar hábitos alimentarios y de actividad física; 7) empleo de técnicas generales de modificación de conducta para el incremento o reducción de conductas asociadas a los hábitos implicados; 8) modificación de estilos cognitivos asociados a los hábitos implicados; 9) promoción de las relaciones interpersonales y 10) prevención de recaídas.

En general, el tratamiento cognitivo conductual tiene las siguientes etapas: evaluación/diagnóstico, análisis funcional, establecimiento de objetivos, aplicación de las técnicas de tratamiento, prevención de recaídas y seguimiento (Baile, 2011).

La principal limitación de este tratamiento es, como en cualquier otro tratamiento no quirúrgico de la obesidad, es el efecto rebote; es decir, al paso de cierto tiempo el paciente recupera el peso que perdió. Debido a esto diversos autores han estudiado qué factores se involucran en la recuperación del peso y han propuesto estrategias para que la persona se mantenga en su nuevo peso saludable (Wadden y colaboradores, 2004; Cooper y Fairburn, 2001).

Wadden y colaboradores (2004) encontraron que los factores que contribuyen a la recuperación del peso incluyen la respuesta metabólica compensatoria por la pérdida de peso como mecanismo de protección del sistema de los efectos adversos de la inanición; así como por el ambiente en el que se mueve el paciente que es particularmente muy estimulador para el consumo de alimentos hipercalóricos y haberse sometido a un tratamiento no adecuado.

Cooper y Fairburn (2001), por otro lado, se ocuparon en identificar las características de las personas que no recuperan el peso perdido o que solamente recuperan un porcentaje muy bajo de este. En su trabajo describen que estas personas comparten las siguientes tres características: 1) (la más importante) mantenimiento de un alto nivel de actividad física; 2) llevar una dieta baja en grasa y 3) monitoreo activo del peso corporal. Además, estos autores observaron que hay dos razones interrelacionadas para el fracaso en el mantenimiento del peso perdido: los pacientes no lograron sus expectativas de pérdida de peso y, debido a esto, no se ocuparon de desarrollar herramientas para el mantenimiento del peso por lo cual regresan a sus antiguos hábitos alimenticios.

Así que se vuelve de vital importancia no solo ponerle atención a la pérdida de peso, sino de incluir dentro del tratamiento una fase de mantenimiento en el que se le den herramientas al paciente para llevar sus hábitos aprendidos de por vida y para que valoren el peso que han perdido aunque no hayan alcanzado el normopeso que querían alcanzar.

## Conclusión

El tratamiento de la pérdida de peso va más allá de darle al paciente un plan de alimentación hipocalórico y pedirle que realice actividad física. Como vimos a lo largo de este trabajo, la Psicología es la disciplina que debe estar en el centro de este tratamiento multidisciplinar ya que cuenta con las herramientas para promover el cambio de hábitos en las personas de tal forma que desarrollen hábitos saludables. Entre sus intervenciones, el tratamiento cognitivo conductual ha demostrado mayor eficacia en el tratamiento de la obesidad; sin embargo, debemos considerar que la recuperación del peso es parte del proceso, por lo que debemos incluir en el tratamiento una fase de mantenimiento del peso perdido para que este se mantenga a lo largo de la vida del paciente.

Los avances tecnológicos, particularmente las tecnologías de la información, nos brindan una herramienta para hacer más fácil el proceso al paciente (Baños y colaboradores, 2019). No solo en cuestión de la utilización de aplicaciones digitales para el registro de hábitos, sino también para evitar el efecto fatiga que tiene un tratamiento presencial de varios meses. Así, las videollamadas son una poderosa herramienta que nos permitirán hacer seguimiento constante del paciente durante la fase de mantenimiento, evitando que el paciente se desplace a la clínica o al consultorio.

La importancia de la Psicología en la pérdida de peso no se limita al cambio conductual del paciente, sino que también se ocupa del acompañamiento del paciente. El tratamiento de la pérdida de peso es un proceso frustrante para el paciente porque este proceso no es lineal e involucra pensamientos y emociones que pueden mermar la eficacia del tratamiento. Por eso, es importante acompañar al paciente desde la empatía que nos permita entender el contexto cultural en el que ocurre el tratamiento (Foster y colaboradores, 2005). Debemos evaluar los intereses y motivaciones del paciente sin prejuicios, no enfocarnos en el peso y la pérdida de peso como tal (Amigo, 2013), sino en las conductas que le dificultaron realizar sus tareas. Debemos darles a saber que entendemos sus dificultades y que no los juzgaremos, que los escucharemos y los acompañaremos durante todo el proceso. También es ideal crear un ambiente amigable para la persona que vive con obesidad. Esto es, utilizar materiales que sean apropiados para ellos; por ejemplo, tener una báscula que permita pesar a cualquier persona, tener accesorios como sillas sin reposamanos que les permitan sentarse, tener batas de tallas adecuadas para los pacientes.

Es nuestro deber informarnos en los temas de obesidad y pérdida de peso para exigir el lugar que tenemos en el tratamiento de esta enfermedad y así ayudar a las personas a llevar un estilo de vida saludable.

## Referencias

- Amigo, I. (2013). Intervención psicológica en la obesidad. *Psicothema*, 25, 415.
- Baile, J. L. y González, M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(2), 253-261.
- Baile, J. L. y González, M. J. (2013). Intervención psicológica en obesidad. *Pirámide*.
- Becker, S., NieB, A. Hipp, A., Fritsche, A. Gallwitz, B., Granderaht, F. (2006). A depositas -eine interdisziplinäre Aufgabe. *Ther Umsc*, 63(8), 509-514.
- Baile, J. (2018). ¿Por qué no somos eficaces en el tratamiento de la obesidad? La necesaria aportación de la Psicología. *Medicina Clínica*, 152(2), 72-74.

- Baile, J., González-Calderón, M., Palomo, R. y Rabito-Alcón, M. (2020). La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Revista Clínica Contemporánea*, 11(3), 1-14.
- Baños, R. M., Oliver, E., Navarro, J. Dolores, M., Cebolla, A., Lurbe, E., Álvarez, J., Torró, M. y Botella, C. (2019). Efficacy of a cognitive and behavioral treatment for childhood obesity supported by the ETIOBE web platform. *Psychology, Health and Medicine*, 24(6), 703-713.
- Cooper, Z. y Fairburn, C. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour research and therapy*, 39, 499-511.
- Denia, M. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 14, 1490-1504.
- Douketis, J., Macie, C., Thabane, L. Williamson, D. (2005). Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. *International Journal of Obesity*, 29, 1153-1167.
- Foster, G., Makris, A. y Bailer, B. (2005). Behavioral treatment of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82, 230S-235S.
- Garaulet, M. y Pérez de Heredia, F. (2009). Behavioural therapy in the treatment of obesity (1): new directions for clinical practice. *Nutrición Hospitalaria*, 24(6), 629-639.
- Mitchell, J. E. y Cook, T. (2005). Evaluación de la conducta del paciente y perspectiva de la intervención. *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica*, 28, 105-116.
- Organización Mundial de la Salud. (9 de junio de 2021). Obesidad y sobrepeso. Datos y Cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Salas-Salvado, J., Rubio, M., Barbany, M., Moreno, B. y Grupo Colaborativo de la SEEDO. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica*, 128(5), 184-196.
- Shaw, K., Rourke, P., Mar, C. y Kenardy, J. (2009). Psychological interventions for overweight. *The Cochrane Library* 1.
- Wadden, T., Butryn, M. y Byrne, K. (2004). Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. *Obesity Research*, 12, 151S-162S.

## **Mesa 9**

Moderador: Dr. Alejandro González González

## **Intervención psicoeducativa en paciente con dislexia**

José Eduardo González López

Lilia Mestas Hernández

México

Ciudad de México

28 de julio de 2023

Resumen

El caso de KD, una adolescente de 15 años, es referido por su escuela debido a problemas académicos. La evaluación realizada en el servicio de psicología educativa de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud "los Reyes" revela diversas dificultades, como anomalías viso-espaciales y de lateralidad, déficits en la conciencia fonológica y habilidades motoras, además de un contexto familiar y escolar desfavorable. La intervención se enfoca en abordar estas áreas problemáticas y se implementan estrategias específicas para mejorarlas.

Tras trabajar durante 24 sesiones, se observa una notable mejoría en la formación de conceptos espaciales, motricidad gruesa y fina, y segmentación fonológica. La intervención ha tenido un impacto positivo en su bienestar emocional y en sus relaciones sociales. Se precisa seguimiento continuo para evaluar los avances en las habilidades académicas, además de la necesidad de segmentar las unidades visuales de estimulación a fin de lograr una mayor discriminación de las propiedades de éstos. Palabras clave: Dislexia, viso-espacial, bienestar

## Desarrollo

### Justificación basada en el problema

La intervención psicoeducativa para el paciente femenino de 15 años de edad, diagnosticada con dislexia y que enfrenta un ambiente familiar caracterizado por el alcoholismo, la violencia y la presencia del bullying, es de vital importancia para abordar de manera integral las diversas problemáticas que enfrenta. La dislexia puede afectar significativamente el rendimiento académico y la autoestima de la adolescente, lo que a su vez puede aumentar su vulnerabilidad emocional frente a situaciones de violencia y acoso escolar. Además, el entorno familiar inestable, marcado por el alcoholismo y la violencia, puede tener un impacto negativo en su bienestar psicológico y social.

La dislexia es un trastorno del aprendizaje que afecta la lectura, la escritura y la comprensión lectora, lo que puede llevar a la paciente a sentirse frustrada y con dificultades para seguir el ritmo académico de sus compañeros. Esto podría generar una sensación de incompetencia y ansiedad en el ámbito escolar, repercutiendo en su desarrollo emocional y social.

El ambiente familiar en el que se encuentra inmersa la paciente, caracterizado por el alcoholismo y la violencia, puede ser un factor agravante en su situación. La exposición a situaciones conflictivas y violentas puede generar estrés postraumático y dificultades en el establecimiento de relaciones afectivas saludables. Además, la presencia del bullying en su entorno escolar podría intensificar su sensación de desprotección y marginación, afectando su bienestar emocional y su adaptación social.

La justificación de esta intervención radica en la necesidad de brindar apoyo y herramientas psicoeducativas a la paciente para fortalecer su autoestima, mejorar sus habilidades de aprendizaje y afrontar de manera adecuada las situaciones adversas a las que se enfrenta en su vida cotidiana. Un enfoque integral que abarque tanto la dislexia como las dificultades familiares y el bullying, permitirá establecer estrategias para favorecer su bienestar emocional, el desarrollo de habilidades sociales y el éxito académico.

### Marco teórico

El lenguaje implica la inserción de los sujetos humanos en una sociedad conformada histórica y culturalmente, de ahí que las dificultades para su correcta adquisición en cualquiera de sus modalidades impliquen una serie de consecuencias desfavorables, en la mayoría de las veces, para las personas que las manifiestan. La lectura y la escritura se caracterizan como modos de ocurrencia del lenguaje (Ribes, 2014)

Desde una postura conductual, pueden identificarse cuando menos nos “momentos funcionales, una denominada “texteo” y otra conocida comúnmente como “comprensión lectora”. La primera consiste en fonar símbolos o grafemas “impresos”. Siguiendo sobre la conducta de

texteo, ésta se ha concebido como una operante verbal discriminada bajo el control de estímulos visuales impresos (aunque en el sistema Braille la modalidad pertinente sea la táctil). Su adquisición y generalización se ha interpretado con base en el carácter que tiene el texteo de repertorio de unidad mínima” (Fuentes, 2001)

“La dislexia es una discapacidad de aprendizaje con base neurológica que se manifiesta como graves dificultades en la lectura, la escritura y el deletreo de palabras, y a veces en aritmética. Se caracteriza por un deterioro en la capacidad de procesar sonidos, es decir, establecer conexiones entre las letras escritas y sus sonidos; esto a menudo se refleja en errores de reversión al escribir. La dislexia puede ser adquirida (en cuyo caso se conoce como alexia) o darse durante el desarrollo, y es independiente de la capacidad intelectual, sin estar relacionada con trastornos del habla o la visión que también pueden estar presentes. No se debe a falta de motivación, deterioro sensorial, oportunidades educativas o ambientales inadecuadas, trastornos emocionales u otros factores similares.

Desde la década de 1960, las explicaciones sobre el procesamiento de la información y otros enfoques psicológicos han llevado a investigadores a subdividir la dislexia en dos clases generales: (a) dislexia visual de la forma de las palabras, que se caracteriza por dificultad en el análisis visual de las palabras escritas; y (b) dislexia central, que se caracteriza por dificultad en etapas posteriores del proceso de lectura (pronunciación y comprensión). También se han propuesto varios tipos y subtipos de dislexia, tanto adquirida como del desarrollo, pero no existe un sistema de clasificación universalmente aceptado.” (American Psychological Association, s.f.).

Dada dicha perspectiva, la evaluación debe ir encaminada en el análisis de las unidades de texteo, así como de las modalidades perceptuales de los objetos de estímulo.

### Descripción del problema

#### Paciente.

El caso de la paciente (KD) de 15 años de edad, cursa el tercer grado de secundaria. que llega al servicio de psicología educativa es complejo y presenta varios aspectos a considerar. La paciente ha sido referenciada por la orientadora educativa a la clínica universitaria de atención a la salud (CUAS) los Reyes y cuenta con un diagnóstico previo de dislexia, pero abandonó el tratamiento. Desde el inicio de las sesiones, ha mostrado signos claros de una pobre motricidad gruesa y fina, problemas de cálculo elementales, y una mala orientación derecha-izquierda. También es posible que la dislexia sea más compleja de lo que se había diagnosticado anteriormente.

Antecedentes patológicos. La madre refiere haber presentado una amenaza de aborto a los 3 meses de gestación por “exposición a temperaturas altas de agua”. Al ir a consulta con un médico, “le

menciona que no puede exponerse a agua tan caliente pues el producto aún se encontraba en desarrollo”. Requirió permanecer en incubadora dado el bajo peso y tamaño al nacer.

Antecedentes no patológicos. durante los primeros años de primaria, KD comenzó a tener dificultades para discriminar las letras “M” “N” “P” “Q” “D” “B” tanto escritas como habladas. Así mismo algunos fonemas los confundía. De igual manera, los problemas de cálculo se hacen notorios, por ejemplo, en operaciones básicas y el acomodo de los números no lo hacía correctamente, no podía distinguir las unidades de las decenas por tanto cuando acomodaba los números, las unidades las colocaba debajo de las decenas. Su rendimiento escolar empezó a afectar a la manera de interactuar con sus compañeros, al punto donde ella cree que todos se burlan y hablan mal de ella.

Además, la paciente ha referenciado "ver y hablar con una niña" en las primeras sesiones, aunque posteriormente se retractó. Este tipo de alucinaciones puede ser un signo de algún trastorno psicológico o psiquiátrico, como la esquizofrenia o el trastorno esquizofreniforme. Es importante mencionar que, aunque la paciente se retractó, no se debe descartar la posibilidad de que se trate de un síntoma real, y se requiere un seguimiento adecuado.

El entorno familiar de la paciente es conflictivo y violento, con presencia de alcoholismo, principalmente por parte del padre, quien muestra una expresión contradictoria de afecto. Aunque el padre insulta a la paciente por su condición, premia todo lo demás. Este tipo de relación puede generar una gran confusión en la paciente y afectar negativamente su autoestima y desarrollo emocional. La paciente demuestra un apego por su madre, que le lleva a temer estar sola o que la madre salga sin ella. Este temor puede estar relacionado con una posible ansiedad por separación, un trastorno de ansiedad que se presenta en la infancia o adolescencia.

En la escuela, la paciente no tiene buenas relaciones con sus compañeros y no tiene amigos. En sus descripciones, los califica como tontos o personas que quieren hacerle daño. Este tipo de interacción social puede generar estrés y ansiedad en la paciente, y afectar negativamente su autoestima y su capacidad de integrarse en la sociedad. Además, su situación académica es mala, y es posible que no pueda concluir su último año de secundaria de manera satisfactoria. No realiza las actividades propias de su nivel académico, lo que sugiere una posible falta de motivación.

#### Evaluación.

La evaluación consistió en la aplicación de historia clínica y de una serie de instrumentos pertinentes:

Batería Piaget-head. “Se trata de una batería de test de orientación de derecha-izquierda, que consiste en proponer al sujeto una serie de cuestiones cada vez más complejas para poder asegurar la correcta adquisición de los conceptos derecha-izquierda, presentando cuestiones que obligan,

para resolverlas, a analizar posiciones relativas de objetos y efectuar la transposición necesaria para imitar gestos ejecutados por el examinador delante del sujeto.” (Fornerz, A. 1983)

Test token. El "Token Test" es una prueba neuropsicológica ampliamente utilizada para evaluar la comprensión del lenguaje. Consiste en la presentación de una serie de fichas o fichas de colores con diferentes formas y tamaños que deben ser organizadas por el paciente siguiendo instrucciones específicas del examinador. (Strauss et al. 2006)

Perfil de estilos educativos (PEE) para padres. El Perfil de Estilos Educativos, PEE, es un cuestionario en forma de escala dicotómica, en el cual se ofrecen al sujeto 48 frases que expresan de manera afirmativa unas ideas, creencias, actitudes y emociones -asociadas a valores- sobre la educación de hijos o alumnos, según la versión de padres o profesores. (Magaz, 2011)

Cubo de Necker. La prueba consiste en presentarle un dibujo de una figura geométrica compleja al participante y éste tiene que dibujarla, copiándola y reproduciéndola de memoria en varias etapas. El criterio de éxito en cada paso o etapa es que el dibujo se reproduzca de memoria, cuando esto ocurre, la prueba se suspende. Si el sujeto no puede dibujar de memoria el cubo en una etapa se pasa a la siguiente. La reproducción del dibujo se repite varias veces (etapas) cambiando las instrucciones verbales y los apoyos perceptuales para realizar el dibujo. (Escotto, 2014)

Figura compleja de Rey. La figura compleja de Rey, también conocida como la prueba de la figura compleja de Rey-Osterrieth, es una prueba neuropsicológica ampliamente utilizada para evaluar las funciones visoespaciales y de memoria visuoespacial en individuos, especialmente en niños y personas con lesiones cerebrales. La prueba consiste en pedirle al individuo que copie una figura geométrica compleja, que consta de varios elementos, en una hoja de papel en blanco. La figura es presentada al individuo durante unos segundos y luego se le solicita que la reproduzca de memoria en otra hoja de papel en blanco. El examinador evalúa la precisión y el detalle de la copia, así como el orden y la ubicación de los elementos dibujados. (Galindo, 1996)

#### Método de intervención

El programa de rehabilitación fue diseñado con una estructura clara, estableciendo tareas específicas para cada sesión de hora y media, así como actividades para realizar en el hogar. Estas tareas fueron explicadas detalladamente a la madre con el propósito de que pudiera brindar retroalimentación en caso de ser necesaria.

El plan de intervención abordó tres áreas:

En el componente de viso-espacialidad, se enfocaron en fortalecer el esquema corporal de KD y desarrollar esquemas espaciales en diversas actividades prácticas. Además, se trabajó en la mejora de la ubicación espacial verbalmente determinada, con el propósito de que pudiera tener un mejor sentido de orientación y ubicación en su entorno.

Por otro lado, en la conciencia fonológica, se llevaron a cabo actividades centradas en la segmentación fonológica y la generación de asociaciones entre fonemas y grafemas, especialmente durante el proceso de enseñanza de lectura y escritura de palabras. Estas actividades tuvieron como objetivo estimular el procesamiento fonológico de las palabras, mejorando así sus habilidades lingüísticas.

En cuanto a la motricidad fina y gruesa, se desarrollaron ejercicios específicos para mejorar la coordinación y precisión en los movimientos tanto de manos como del cuerpo en general. Estas actividades se enfocaron en potenciar el control y destreza motora para que KD pudiera desenvolverse con mayor fluidez y autonomía en sus actividades diarias. Además, se buscó en todo momento concientizar a la madre sobre las dificultades propias de KD y los efectos que el contexto familiar y escolar tienen sobre KD.

Además, en todo momento se buscó concientizar a la madre de KD sobre la influencia y el papel que el contexto familiar y escolar tienen en la problemática de KD, buscando la alianza madre-psicólogo en la búsqueda de la mejoría de KD.

## Resultados

**Viso-espacialidad.** Durante la evaluación, se identificaron problemas en la percepción viso-espacial y la lateralidad de KD. Sin embargo, tras la intervención, se observó que adquirió conceptos de izquierda, derecha, arriba y abajo de manera más sólida. Además, presentó una notable mejora en la ubicación de dichas posiciones en objetos externos a ella. Estos avances en su viso-espacialidad contribuyeron significativamente a su capacidad para realizar actividades prácticas que requerían una adecuada comprensión y ubicación espacial. Se precisa realizar una mayor segmentación de los estímulos visuales a fin de conseguir una mejor discriminación de las unidades perceptuales que los conforman

**Conciencia fonológica.** Durante la evaluación, se encontraron dificultades en la conciencia fonológica de KD, lo que afectaba su capacidad para segmentar silábicamente las palabras. Sin embargo, después de la intervención, se observó que le cuesta menos trabajo la segmentación silábica, lo que se tradujo en una mayor fluidez en su proceso de lectura y escritura. La mejora en su conciencia fonológica representó un avance significativo en el desarrollo de sus habilidades de decodificación y comprensión del lenguaje escrito.

**Motricidad fina y gruesa.** Durante la evaluación, se detectaron déficits en las habilidades motrices finas y gruesas de KD, lo cual influía en su capacidad para realizar tareas que requerían precisión y coordinación. La intervención se enfocó en estimular el desarrollo de sus habilidades motrices, tanto finas como gruesas. Se implementaron ejercicios específicos para mejorar la precisión en su escritura y su desempeño en actividades que requerían movimientos finos y gruesos. Tras dos

semestres de tratamiento, se observó un avance significativo en sus habilidades motrices, lo que se tradujo en una mayor destreza en su escritura y una mejora en su coordinación general.

En general, la intervención en las áreas de viso-espacialidad, conciencia fonológica y motricidad fina y gruesa demostró ser efectiva para abordar las dificultades de aprendizaje de KD. Su progreso en estas áreas contribuyó a una mejora general en su desempeño académico y su bienestar socioafectivo. Sin embargo, se recomienda un seguimiento continuo para evaluar su evolución a largo plazo y realizar ajustes según sus necesidades cambiantes. La importancia de una intervención integral y centrada en aspectos psicológicos y neurológicos se destaca como un enfoque eficaz para abordar las dificultades de aprendizaje de la lectura, escritura y cálculo en casos como el de KD.

### Conclusiones

El caso de KD, una paciente femenina de 15 años de edad, evidenció la complejidad y diversidad de las dificultades de aprendizaje en el contexto de la psicología educativa. La evaluación inicial reveló problemas significativos en las áreas de viso-espacialidad, conciencia fonológica y motricidad fina y gruesa, lo que afectaba su desempeño académico y su bienestar socioafectivo.

Mediante una intervención psicoeducativa, se abordaron específicamente estas tres áreas problemáticas. Los resultados obtenidos tras dos semestres de tratamiento fueron alentadores y demostraron la efectividad de la estrategia implementada.

En el área de motricidad fina y gruesa, KD mostró un progreso significativo en sus habilidades motoras, lo que se tradujo en una mayor destreza en su escritura y una mejora en su coordinación general.

La intervención también abordó las cuestiones socioafectivas, considerando el contexto familiar y escolar inadecuado de KD, lo que contribuyó a una mejoría en sus áreas socioafectivas.

Es relevante señalar que, aunque se observaron mejoras significativas, el seguimiento continuo es esencial para evaluar la progresión a largo plazo de KD y realizar ajustes en la intervención según sus necesidades cambiantes.

### Propuesta para mejorar la forma de intervención

La dislexia es un trastorno del aprendizaje que afecta significativamente la lectura y escritura en individuos, lo que puede tener un impacto negativo en su desarrollo académico y emocional. La intervención temprana y efectiva es fundamental para abordar las dificultades específicas de los individuos con dislexia y ayudarles a alcanzar su máximo potencial. En esta propuesta, se argumenta que se requiere una mayor congruencia terminológica y una orientación plenamente

psicológica en la intervención de la dislexia, con el objetivo de mejorar los resultados y proporcionar un enfoque más integral y personalizado para cada paciente.

### Congruencia Terminológica

Actualmente, existe una diversidad de términos y etiquetas utilizadas para describir los problemas de lectoescritura, lo que puede generar confusión en los profesionales y en las familias que buscan apoyo. Se propone promover una mayor congruencia terminológica, adoptando una nomenclatura consensuada y basada en estándares reconocidos en el campo de la psicología y la educación. Al utilizar términos comunes y definidos de manera clara, se facilitará la comunicación entre los profesionales y se evitarán malentendidos en la evaluación y tratamiento de dichos problemas.

### Orientación Psicológica

La intervención en la lectoescritura debe abordar no solo las dificultades específicas en la lectura y escritura, sino también comprender y atender aspectos emocionales y cognitivos que puedan estar asociados con el trastorno. Se propone una orientación plenamente psicológica en la intervención, que incluya una evaluación exhaustiva de las habilidades cognitivas, la conciencia fonológica, las habilidades viso-espaciales y otras funciones ejecutivas relevantes para el desarrollo del lenguaje y la lectura.

Asimismo, es esencial considerar el bienestar emocional de los pacientes con dislexia, ya que pueden experimentar frustración, baja autoestima y ansiedad debido a las dificultades en el aprendizaje. Una orientación psicológica integral también implica brindar apoyo emocional, fomentar la resiliencia y desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas para afrontar los desafíos asociados con la dislexia.

### Enfoque Personalizado

Cada individuo con dislexia presenta un perfil único de habilidades y desafíos. Por lo tanto, se propone adoptar un enfoque personalizado en la intervención, adaptando los métodos y estrategias de enseñanza a las necesidades específicas de cada paciente. Esto implica evaluar detalladamente las fortalezas y debilidades del individuo y desarrollar un plan de intervención individualizado que considere sus intereses, estilos de aprendizaje y metas personales.

## Referencias

American Psychological Association. (s.f.). Dyslexia. En APA Dictionary of Psychology. Recuperado de <https://dictionary.apa.org/dyslexia>

Fornier, A. (1983). Diagnostic evaluation of the Piaget-Head test battery (II). *Journal for the Study of Education and Development*, 6(24), 35-52. <https://doi.org/kmdz>

Fuentes, M., & Ribes, E. (2001). Un análisis funcional de la comprensión lectora como interacción conductual. *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje*, 9, 181-212.

Galindo, G., Cortes, J., & Salvador, J. (1996). Diseño de un nuevo procedimiento para calificar la Figura Compleja de Rey: confiabilidad inter-evaluadores. *Salud Mental*, 19(2), 16.

Escotto Córdova, E. A. (2014). Protocolo para evaluar el dibujo del cubo de Necker. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Laboratorio de Psicología y Neurociencias.

Magaz Lago, A., & García Pérez, E. M. (2011). Perfil de Estilos Educativos, PEE. Grupo ALBOR-COHS, Madrid.

Ribes, E., Ibáñez, C., & Pérez, R. (2014). Una propuesta metodológica para el análisis experimental del aprendizaje comprensivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 31(2), 100-110.

Strauss, E., Sherman, E., & Spreen, O. (2006). A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

## **Violencia de pareja en estudiantes de ingeniería química. Análisis de tipo de violencia sufrida**

Juan Eduardo Orea Hernández

Erika Yesenia Luevano Romero

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

México, Ciudad de México

Julio 28, 2023 Resumen

La violencia de pareja es un fenómeno del cual se tiene un conocimiento científico limitado. Algunas de sus formas más graves como la violencia contra la pareja o la violencia sexual se han convertido en factores de interés científico. La presente investigación tiene como objetivo identificar en qué medida ocurre la violencia emocional y física, acoso sexual y violencia de alto riesgo. Se utilizó un diseño transversal descriptivo; con una población de 77 estudiantes de la carrera de Ingeniería Química, con muestreo no probabilístico intencional, el instrumento utilizado fue la Escala de Tácticas de Conflicto. Resultados: Se observó que los porcentajes se encuentran por debajo de los valores obtenidos en otras investigaciones.

Palabras clave: Violencia emocional y física, acoso sexual, violencia de alto riesgo, tácticas de conflicto, estudiantes universitarios.

### **Abstract**

Intimate partner violence is a phenomenon of which there is limited scientific knowledge. Some of its most serious forms, such as violence against a partner or sexual violence, have become factors of scientific interest. This research aims to identify to what extent emotional and physical violence, sexual harassment and high-risk violence occur. A descriptive cross-sectional design was used; With a population of 77 Chemical Engineering students, with intentional non-probabilistic sampling, the instrument used was the Conflict Tactics Scale. Results: It was observed that the percentages are below the values obtained in other investigations.

Keywords: Emotional and physical violence, sexual harassment, high-risk violence, conflict tactics, college students.

### **Introducción**

La violencia es definida como la coacción física o psíquica ejercida sobre una persona para viciar su voluntad y obligarla a ejecutar un acto determinado, puede presentarse de diferentes maneras: física, verbal, psicológica, sexual, social y económica (Expósito, 2011).

A nivel internacional se reportó que la violencia de pareja fue del 15 al 71% (GarcíaMoreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts, 2006; Rojas, Guzmán, Jiménez, Martínez y Flores, 2019; Rubio, López, Carrasco y Amor, 2017). En África, fue del 13 al 72% (Abeya, Afework & Yalew, 2011; Bazargan-Hejazi, Medeiros, Mohammadi, Lin & Dalal, 2012); En Asia del 7 al 68% (Chandra, Satyanarayana & Carey, 2009; Jayasuriya, Wijewardena & Axemo, 2011; Zhan, Shaboltas, Skochilov, Kozlov, Krasnoselskikh & Abdala, 2011). En Europa, fluctúa entre 10 y 35% (Rees, Silove, Chey, Ivancic & Steel, 2011; Stene, Dyb, Jacobsen & Schei, 2010; Zorrilla, Pires, Lasheras, Morant, Seoane & Sanchez, 2009). Y en América Latina, refieren proporciones entre el 20 al 55% (Gómez, Murad y Calderón, 2013; Mathias, Bedone, Osis y Fernandes, 2013).

Se estima que 70 % de mujeres en México han experimentado al menos un incidente de violencia psicológica, económica, patrimonial, física, sexual o discriminación ejercida por cualquier persona agresora a lo largo de su vida, el 40% de mujeres que tienen o han tenido una relación de pareja reportó haber experimentado alguna situación de violencia a lo largo de la relación (INEGI, 2021).

Las mujeres con mayor probabilidad a experimentar violencia a lo largo de la vida son las que residen en áreas urbanas (70%), en edades entre 25 y 34 años (70%), con nivel de educación superior (73%) y las que no pertenecen a un hogar indígena (67%) (INEGI, 2020).

Por otro lado, con respecto a la violencia que sufren los hombres, se pueden dividir en dos tipos, directa e indirecta, en la primera se incluyen la violencia psicológica, física y sexual (83%) y la económica (11%): la violencia psicológica se emplea con mayor frecuencia al ser considerada como herramienta accesible para ejercer daño al varón, ya que observa una diferencia en el nivel de fuerza entre ella y su pareja, representando una desventaja (Rubio, López, Carrasco y Amor, 2017).

La violencia indirecta representa la menor frecuencia, al ser dirigida hacia los hijos con un

4% y familiares por parte de la víctima con un 2%: se hace uso de estrategias de manipulación a la pareja bajo amenazas relacionadas a lastimar a sus hijos, quitándole la oportunidad de tener contacto con ellos, provocando así que el hombre se someta a los requerimientos de la pareja (Lamine, Dhiab & Debout, 2018; Scott, O'Donnell, Ford, Varcoe, Wathen, Malcolm & Vincent, 2022). Sin embargo, los hombres no consideran los insultos o humillaciones como agresión, ya que, según ellos no dejan marcas, pero se ha corroborado que con el tiempo genera graves problemas como baja autoestima, depresión, ansiedad e ideas suicidas, la violencia física, sexual y económica también están presentes en las víctimas y puede conllevar en casos graves a un intento o consumación de suicidio (Pereira, López & Campuzano, 2017; Páramo & Arrigoni, 2018; Emeka, 2020).

La violencia contra mujeres y el maltrato en general produce a la víctima, daño psicológico que se manifiesta con sentimientos de tristeza, ansiedad, inseguridad, desamparo, baja autoestima, sentimientos de culpa, invalidez, frustración, intimidación, ansiedad, terror, sumisión, indefensión y miedo (Tolman, O'Leary y Torres en Colque, 2020).

De acuerdo con la teoría de Adams (1996), el conflicto es inevitable en las relaciones humanas, pues los miembros de todo grupo buscan vivir con base en sus propios intereses, esto puede diferir de los propósitos de los demás. Esta divergencia puede ser benéfica o generar elevados niveles de tensión en el grupo, dependiendo de las tácticas empleadas para resolver el conflicto.

El conflicto crónico en las relaciones de pareja genera síntomas de depresión, alto estado de ansiedad y baja autoestima (Medina y Medina, 2019).

Una de las escalas más usadas a nivel mundial es la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS2; Tactics Conflict Scale, Strauss, Hamby Boney-McCoy & Surgaman, 2004). Existen estudios que hacen uso de esta escala en problemas de pareja (Apaza, 2019; Denegri, Chunga, Quispilay, & Ugarte, 2022; Denegri y Flores, 2021).

Se considera que la violencia de pareja y la violencia sexual, son fenómenos de los cuales se tiene un conocimiento científico limitado, y se han convertido gradualmente en una atención creciente para los científicos (Hanson, Bourgon, & Helmus, 2007; Zarza González & Froján Parga, 2005).

En investigaciones realizadas en estudiantes universitarios se reportan: diferencias entre las conductas de juego y violencia intencional, se distingue a la violencia psicológica como la más utilizada, además la causa y mantenimiento de estas conductas se relacionan con factores individuales (Póo y Vizcarra, 2008); la percepción de conductas de control ejercidas por la pareja incrementa conforme aumenta el semestre cursado (Olvera y Galicia, 2019); el 78% de los estudiantes ha padecido o ejercido violencia de pareja, hubo una tendencia entre los hombres a ser más maltratados y menos agresores con respecto a las mujeres y aproximadamente el mismo número de hombres y de mujeres ejercían violencia psicológica (Fernández, Martínez, Unzueta y Rojas, 2016).

Con base en los planteamientos anteriores, es necesario realizar un estudio que permita identificar en qué medida han vivenciado distintos tipos de violencia los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

## Método

### Pregunta de investigación

¿En qué medida han sufrido: violencia emocional y física; de alto riesgo y; acoso sexual estudiantes de la carrera de ingeniería química?

### Variable:

Las tácticas de conflicto (TC) es la interacción entre la pareja en la que comunican percepciones diferentes acerca de la vida familiar; además, es perjudicial, frecuente y crónica (Mora et al., 2008). Se clasifica en: 1) violencia emocional y psicológica; 2) conductas de coerción sexual y 3) conductas de alto riesgo o violencia extrema en la pareja.

## Participantes

La muestra está conformada por 77 estudiantes de la carrera de ingeniería química de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de los cuales 54 (70%) son hombres y 23 (30%) son mujeres, tienen una media de 24 años con una D.E.=2. Con respecto a la vivienda, 47 (61%) de los participantes tienen casa propia, 15 (19.5%) viven en una casa rentada y 15 (19.5%) viven en una casa prestada. De acuerdo con el estado civil, 72 (93.5%) estudiantes se encuentran solteros, 4 (5.2%) en unión libre y 1 (1.3%) está casado.

## Instrumento

Escala de tácticas de conflicto (CTS: Mora et al., 2008). Mide situaciones de violencia ejercidas en la relación de pareja. Conformado por 3 factores: 1) violencia emocional y física, 2) acoso sexual y 3) violencia de alto riesgo. Cuenta con 21 ítems en escala ordinal. Las opciones de respuesta son: 0 (nunca), 1 (Alguna vez en la vida) y 2 (en los últimos 12 meses). Cuenta con una adecuada estructura y consistencia interna global ( $\alpha = .93$ ) (Mora et al., 2008).

## Diseño de la investigación

Estudio transversal descriptivo (Bazán, Sánchez, y Castañeda, 2007), con respecto a las TC.

## Resultados

Los resultados se exponen por medio de tablas, en las que se explica

Tabla 1.

Estadísticos descriptivos de las edades de las participantes.

N	77	
Media	23.7	
Desviación estándar	1.9	
Mínimo	21	
Máximo	32	
	Frecuencia	Porcentaje
21	3	3.9
22	17	22.1
23	24	31.2
24	15	19.5
25	8	10.4
26	4	5.2
27	2	2.6
28	2	2.6
31	1	1.3
32	1	1.3

Total	77	100
-------	----	-----

Nota. El 31% de la muestra tiene 24 años, mientras que el 1% de la misma tiene 31 y 32 años de edad.

Tabla 2.

Distribución de frecuencias del sexo de los participantes.

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	54	70.1
Mujer	23	29.9
Total	77	100

Nota. El 70 % de la muestra esta conformada por hombres.

Tabla 3.

Distribución de frecuencias del tipo de vivienda de los participantes.

	Frecuencia	Porcentaje
Propia	47	61.0
Rentada	15	19.5
Prestada	15	19.5
Total	77	100

Nota. El 61% de la muestra tiene casa propia.

Tabla 4.

Distribución de frecuencias del estado civil de los participantes.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	72	93.5
Unión Libre	4	5.2
Casado/a	1	1.3
Total	77	100

Nota. El 93% de la muestra se encuentra soltero.

Tabla 5.

Distribución de frecuencias de los reactivos del factor “violencia emocional y física”.

	Mi pareja me zarandó		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	58	75.3	75.3

---

Alguna vez en la vida	17	22.1	97.4
En los últimos 12 meses	2	2.6	100
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	

Mi pareja me golpeó

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	58	75.3	75.3
Alguna vez en la vida	16	20.8	96.1
En los últimos 12 meses	3	3.9	100
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	

Mi pareja me abofeteó

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	63	81.8	81.8
Alguna vez en la vida	13	16.9	98.7
En los últimos 12 meses	1	1.3	100
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	

Sentí dolor físico aún al día siguiente por la pelea que tuvimos

---

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	69	89.6	89.6
Alguna vez en la vida	6	7.8	97.4
En los últimos 12 meses	2	2.6	100
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	

Mi pareja me jaloneo o empujó

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	----------------------

Nunca	50	64.9	64.9
Alguna vez en la vida	25	32.5	97.4
En los últimos meses	12 2	2.6	100
Total	77	100	
Mi pareja me insultó o maldijo			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	41	53.2	53.2
Alguna vez en la vida	31	40.3	93.5
En los últimos meses	12 5	6.5	100
Total	77	100	
Mi pareja me aventó contra la pared			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	69	89.6	89.6
Alguna vez en la vida	8	10.4	100
En los últimos meses	12 0	0	
Total	77	100	
Mi pareja me torció el brazo me jaló el o pelo			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	66	85.7	85.7
Alguna vez en la vida	10	13.0	98.7
En los últimos meses	12 1	1.3	100
Total	77	100	
Mi pareja me llamó gorda o fea			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	66	85.7	85.7
Alguna vez en la vida	10	13.0	98.7

En los últimos 12 meses	1	1.3	100
Total	77	100	
<hr/>			
Mi pareja me gritó			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	34	44.2	44.2
Alguna vez en la vida	36	46.8	90.9
En los últimos 12 meses	7	9.1	100
Total	77	100	

Nota. El reactivo que tiene una mayor frecuencia es Mi pareja me gritó representando el 66% de la muestra.

Tabla 6.

Distribución de frecuencias de los reactivos del factor “acoso sexual”.

Mi pareja utilizó la fuerza para tener sexo			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	68	88.3	88.3
Alguna vez en la vida	9	11.7	100
En los últimos 12 meses	0	0	
Total	77	100	

Mi pareja me amenazó para que tuviéramos sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	70	90.9	90.9
Alguna vez en la vida	7	9.1	100
En los últimos 12 meses	0	0	
Total	77	100	

Mi pareja uso la fuerza para que tener sexo oral o anal

Frecuencia      Porcentaje      Porcentaje acumulado

Nunca	74	96.1	96.1
Alguna vez en la vida	3	3.9	100
En los últimos 12 meses	0	0	
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	
<b>Mi pareja me acusó de ser mal amante</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	59	76.6	76.6
Alguna vez en la vida	16	20.8	97.4
En los últimos 12 meses	2	2.6	100
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	
<b>Mi pareja me hizo tener sexo sin condón</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	64	83.1	83.1
Alguna vez en la vida	12	15.6	98.7
En los últimos 12 meses	1	1.3	100
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	

Nota. El reactivo que tiene una mayor frecuencia es Mi pareja me acusó de ser mal amante representando el 23% de la muestra.

Tabla 6.

Distribución de frecuencias de los reactivos del factor “violencia de alto riesgo”.

<b>Mi pareja me pateó</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	71	92.2	92.2
Alguna vez en la vida	4	5.2	97.4
En los últimos 12 meses	2	2.6	100
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	

Necesité ver a un doctor a causa de una pelea con mi pareja, pero no lo hice

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	75	97.4	97.4
Alguna vez en la vida	2	2.6	100
En los últimos 12 meses	0	0	
Total	77	100	

Mi pareja me ahorcó o intento ahorcarme

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	73	94.8	94.8
Alguna vez en la vida	4	5.2	100
En los últimos 12 meses	0	0	
Total	77	100	

Fui al doctor a causa de una pelea con mi pareja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	77	100	100
Alguna vez en la vida	0	0	
En los últimos 12 meses	0	0	
Total	77	100	

Mi pareja uso un cuchillo o una pistola contra mí

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	76	98.7	98.7
Alguna vez en la vida	1	1.3	100
En los últimos 12 meses	0	0	
Total	77	100	

Me rompí un hueso en una pelea con mi pareja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	76	98.7	98.7
Alguna vez en la vida	0	0	98.7
En los últimos 12 meses	1	1.3	100
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	

Nota. El reactivo que tiene una mayor frecuencia es Mi pareja me pateó representando el 8% de la muestra.

El reactivo que tiene una mayor frecuencia del factor “violencia emocional y física” es “Mi pareja me gritó” representando el 66% de la muestra.

El reactivo que tiene una mayor frecuencia del factor “acoso sexual”, es “Mi pareja me acusó de ser mal amante” representando el 23% de la muestra.

El reactivo que tiene una mayor frecuencia del factor “violencia de alto riesgo”, es “Mi pareja me pateó” representando el 8% de la muestra.

### Discusión

El objetivo de este trabajo fue valorar en qué medida estudiantes de la carrera de ingeniería química han sufrido: violencia emocional y física; de alto riesgo y; acoso sexual, mismos que se reportan a continuación.

Con respecto a los resultados se encontró que el 35% de los participantes han vivido al menos un tipo de violencia física, siendo el reactivo “Mi pareja me jaloneo o empujó” el más repetido; cuando se trata de violencia emocional/psicológica, el 58% refiere que su pareja le ha gritado al menos una vez en la vida, al igual que lo reportado en investigaciones relacionadas (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts, 2006; Rojas, Guzmán, Jiménez, Martínez y Flores, 2019; Rubio, López, Carrasco y Amor, 2017).

En el factor de acoso sexual, el 23% menciona que su pareja lo ha acusado de ser mal amante, mismo que corresponde a lo encontrado por Rubio, López, Carrasco y Amor (2017).

El último factor es el de violencia de alto riesgo, se encontró que el 8% ha sido pateada por su pareja, mientras que en situaciones más graves, el 1% refiere que su pareja ha usado un cuchillo o pistola en contra de sí y se ha roto un hueso en una pelea con su pareja, otro lado, se difiere en gran medida a lo reportado por Fernández, Martínez, Unzueta y Rojas (2016), quienes obtuvieron que al menos el 78% han sido víctimas de violencia, es importante destacar que esté es el factor que cuenta con menor frecuencia.

Contrarrestando estos resultados con la investigación realizada por Póo y Vizcarra (2008), los datos son consistentes, debido a que se distingue a la violencia psicológica/emocional como la más utilizada.

### Conclusión

Este tipo de investigación permite identificar la forma en la que se comporta la variable de violencia de pareja en estudiantes universitarios, donde se obtuvo que más del 58% de los estudiantes han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida, estos mismos datos son necesarios para posteriores investigaciones como lo son: comparar resultados en otras muestras o con un mayor número de participantes; el diseño de estrategias de prevención e intervención con motivo de disminuir las víctimas de violencia.

Además, es importante mencionar que los datos expuestos pudieron ser afectados por la deseabilidad social de los participantes, con el propósito de ocultar, omitir o mentir en las respuestas que reportan haber vivenciado diversas situaciones de violencia en alguna relación de pareja, por lo que podrían estar sesgados los resultados reportados.

Por otro lado, se recomienda ampliar la muestra, replicar la investigación en otras universidades y carreras, así como en otros puntos de la república mexicana para identificar un porcentaje representativo de víctimas que sufren los distintos tipos de violencia.

### Referencias.

Alemann, C., Daga, G., Leer, J. y Lopez, F. (2022). Violencia de pareja y desarrollo infantil temprano. *Rev Panam Salud Publica*, 46. 1-8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.195>.

Bazán, A., Sánchez, B., & Castañeda, S. (2007). Relación estructural entre apoyo familiar, nivel educativo de los padres, características del maestro y desempeño en lengua escrita.

*Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 12 (33), 701-729.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14003312>.

Cabrera-García, V. (2007). Relaciones maritales, relaciones parentales y su influencia en el ajuste psicológico de los hijos. In V. Cabrera-García & P. Guevara (Eds.), *Relaciones familiares y ajuste psicológico: Dos estudios en adolescentes de familias colombianas* (pp. 1-65).

Bogotá: Universidad de los Andes.

Colque, J. (2020). Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Educa UMCH. Revista sobre Educación y Sociedad*, 15 (1), 5-22.

<https://doi.org/10.35756/educaumch.v1i15.129>.

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. (2016). Violencia de pareja. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>.

Emeka, E. (2020). Experiences of Physical and Psychological Violence Against Male Victims in Canada: A Qualitative Study. *Journals*, 65(9), 1029-1054. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0306624X20911898>.

Expósito, F. (2011). Violencia de género. *Mente y cerebro*, 28, 20-25.

Fernández, T., Martínez, F., Unzueta, C. y Rojas, E. (2016). Violencia hacia los varones entre parejas jóvenes universitarias de Tijuana, México. *Enseñanza e investigación en psicología*, 21(3), 255-263.

García-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-1269. [https://doi.org/10.1016/S01406736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S01406736(06)69523-8).

Gaxiola-Romero, J., Millanes-Vargas, R. y Aranda-Corrales, C. (2017). Estilos de crianza de madres con experiencias de violencia de pareja. *Psicumex*, 7 (2). 22-39.

DOI:10.36793/psicumex.v7i2.393.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía Informática (2021). Violencia contra las mujeres en México. En: [https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/#Violencia\\_de\\_pareja](https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/#Violencia_de_pareja).

Lamine, H., Dhiab, M. y Debout, C. (2018). Expérience vécue par des hommes tunisiens victimes de violence conjugale: étude phénoménologique descriptive. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 5, 13-20. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.12.001>.

Mathias, A., Bedone, A., Osis, M., & Fernandes, A. (2013). Perception of intimate partner violence among women seeking care in the primary healthcare network in São Paulo state, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*, 121(3), 214-217. doi:10.1016/j.ijgo.2012.12.019.

Medina, I., & Medina, A. (2019). Violencias contra las mujeres en las relaciones de pareja en México. *Intersticios sociales*, (18), 269-302.

Mora, J., Natera, G., Tiburcio, M., & Juárez, F. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS2) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 1(25), 107-117.

Olvera, R. y Galicia, I. (2019). Violencia de pareja en estudiantes universitarios. Un estudio comparativo entre carreras y semestres. *Pedagogía social. Revista interuniversitaria*, 35, 113-123. DOI: 10.7179/PSRI\_2020.35.09.

- Páramo, M. y Arrigoni, F. (2018). Violencia psicológica en la relación de noviazgo en estudiantes universitarios mendocinos. *Archivos de Medicina (Col)*, 18(2), 324-342. <https://www.redalyc.org/journal/2738/273857650006/273857650006.pdf>.
- Pereira, R., López, D. y Campuzano, J. (2017). Violencia de Género Bi-Direccional: Resultados Preliminares de Investigación. *Temas Sociales*, 40,115-138. [http://www.scielo.org.bo/pdf/rts/n40/n40\\_a05.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rts/n40/n40_a05.pdf).
- Póo, A. y Vizcarra, B. (2008). Violencia de Pareja en Jóvenes Universitarios. *Terapia psicológica* 26 (1), 81-88.
- Rey-Anacona, C. (2009). Maltrato de tipo físico, psicológico, emocional, sexual y económico en el noviazgo: un estudio exploratorio. *Acta colombiana de psicología* 12 (2): 27-36.
- Rojas, J., Guzmán, M., Jiménez, M., Martínez, L. y Flores, B. (2019). La violencia hacia los hombres en la pareja heterosexual: una revisión de revisiones. *Ciencia y Sociedad*, 44(1), 57-70. <https://doi.org/10.22206/cys.2019.v44i1.pp57-70>.
- Rubio, F., López, M., Carrasco, M. y Amor, P. (2017). Prevalencia de la violencia en el noviazgo: Una revisión sistemática. *Papeles del Psicólogo*, 58(2), 135-149.
- Scott, K., O'Donnell, S., Ford, M., Varcoe, C., Wathen, N., Malcolm, J. y Vincent, C. (2022). What About the Men? A Critical Review of Men's Experiences of Intimate Partner Violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7, 1-15. <https://doi.org/10.1177/15248380211043827>.
- Zhan, W., Shaboltas, A., Skochilov, R., Kozlov, A., Krasnoselskikh, T., & Abdala, N. (2011). Alcohol misuse, drinking contexts and intimate partner violence in St. Petersburg, Russia: results from a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 5(11), 629.
- Zarza, M. y Froján, M. (2005). Estudio de la violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos. *Anales de psicología*, 21(1), 18-26.
- Zorrilla, B., Pires, M., Lasheras, L., Morant, C., Seoane, L., & Sanchez L. (2009). Intimate partner violence: Last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. *European Journal of Public Health*, 20(2), 169-175.

**Práctica reflexiva: Taller de competencias psicosociales para la vida universitaria**

Reflective practice: Psychosocial skills workshop for university life

Mariana Oviedo Gomez

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología, Edificio C, Planta Baja, cubículo 37 en Av. Universidad N° 3004, Col.

Copilco Universidad, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510. [mariana.oviedo.gomez@gmail.com](mailto:mariana.oviedo.gomez@gmail.com)

Práctica reflexiva: Taller de competencias psicosociales para la vida universitaria

Mariana Oviedo Gomez

México, Ciudad de México a 09 de agosto de 2023

Resumen

La práctica supervisada es fundamental en la formación del estudiante universitario y es el profesor quien le ofrece acompañamiento durante el proceso de aprendizaje y lo guía en el desarrollo y fortalecimiento de habilidades y competencias profesionales; esto mediante la integración de la teoría con la práctica, para lograr un desarrollo profesional integral. En el presente documento se describe un plan de trabajo de la práctica supervisada realizada en la Facultad de Psicología de la UNAM, en la asignatura de Teorías y Modelos de Prevención I, en la que se llevó a cabo la elaboración, desarrollo y evaluación de un “Taller de competencias psicosociales para la vida universitaria”; esta práctica se realiza dentro de una metodología de práctica reflexiva, en la que el estudiante aprende haciendo y reflexionando en y desde su práctica, siendo más crítico y participando de manera activa en su proceso de aprendizaje. A través de esta metodología también se promueve la supervisión entre colegas como una estrategia en la que los compañeros realizan sugerencias en función de las competencias observadas en el estudiante supervisado. Las competencias psicosociales y profesionales que el estudiantado desarrolló al término del curso fueron: organización, planeación, ética, compromiso, responsabilidad, comunicación asertiva, resolución de problemas, toma de decisiones, trabajo colaborativo, autocrítica y retroalimentación.

Palabras clave: práctica reflexiva, competencias psicosociales, competencias profesionales, estudiantes universitarios.

Reflective practice: Psychosocial skills workshop for university life

Mariana Oviedo Gomez

Mexico, Mexico City, August 9, 2023

### Abstract

Supervised practice is fundamental in the training of the university student and it is the professor who offers support during the learning process and guides him in the development and strengthening of professional skills and competencies; this through the integration of theory with practice, to achieve comprehensive professional development. This document describes a work plan for the supervised practice carried out at the Faculty of Psychology of the UNAM, in the subject of Theories and Models of Prevention I, in which the elaboration, development and evaluation of a "Workshop on psychosocial skills for university life"; This practice is carried out within a reflective practice methodology, in which the student learns by doing and reflecting on and from their practice, being more critical and actively participating in their learning process. Through this methodology, supervision among colleagues is also promoted as a strategy in which peers make suggestions based on the competencies observed in the supervised student. The psychosocial and professional competencies that the students developed at the end of the course were: organization, planning, ethics, commitment, responsibility, assertive communication, problem solving, decision making, collaborative work, self-criticism, and feedback.

Keywords: reflective practice, psychosocial competences, professional competences, university students

Práctica reflexiva: Taller de competencias psicosociales para la vida universitaria

### Introducción

En la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se reconoce la importancia que tiene para el estudiantado de licenciatura realizar prácticas vinculadas a las asignaturas, por ello en la Coordinación de Psicología Clínica y de la Salud se ha trabajado para que cada vez más estudiantes tenga la oportunidad de aplicar los aprendizajes alcanzados durante la carrera, siendo el docente la figura clave en la supervisión del proceso de formación del estudiantado, quien les ofrece acompañamiento durante su proceso de aprendizaje y los guía en el desarrollo de habilidades y competencias profesionales; esto mediante la integración de la teoría con la práctica para lograr un desarrollo profesional integral.

Es importante considerar que los programas de prácticas deben estar orientados al cumplimiento del perfil de egreso establecido en los planes de estudio, en los que se concibe el aprendizaje como el proceso a través del cual se adquieren las habilidades y actitudes que son resultado de la experiencia, la enseñanza o la observación (Díaz Barriga y Hernández, 2002 citado en Carbajal et al., 2021).

Es dentro de este contexto que se vuelve primordial identificar problemáticas que puedan ser abordadas por el estudiante de licenciatura y que sean afines con los contenidos teóricos de las asignaturas, lo que facilita poder integrar la enseñanza con el poder brindar un servicio a la comunidad.

En el presente trabajo se realiza la descripción del plan de trabajo llevado a cabo durante el semestre 2023-2, para la práctica de la asignatura Teorías y Modelos de Prevención I, en donde la propuesta fue realizar un taller dirigido a la comunidad de estudiantes universitarios, que permitiera promover conductas saludables, de autocuidado y el desarrollo de competencias psicosociales.

La importancia de elegir realizar un taller reside en que, si bien es una forma de enseñar, también es una forma de “aprender haciendo en grupo” y es que justamente dentro de los talleres se promueve el aprendizaje colaborativo y se desarrollan habilidades tales como resolución de problemas, toma de decisiones, comunicación efectiva, además de fomentar la creatividad y desarrollar la confianza.

La razón de elegir trabajar dentro de la misma comunidad de estudiantes universitarios, obedece a las necesidades que esta población presenta, ya que la salud física y mental de los estudiantes requiere una atención especial, pues se encuentra estrechamente vinculada con las actividades académicas que se llevan a cabo para formarse como profesionistas y por tanto deben considerarse que las condiciones en las que cada estudiante inicia su formación profesional son diferentes, cada estudiante tiene antecedentes personales, familiares, académicos y de bienestar que pueden propiciar brechas en su formación. La relación que existe entre el desempeño académico, la salud física y la salud mental impacta en el funcionamiento del estudiante y las expectativas que va a tener en la vida adulta (Riveros, 2019).

Dentro de los problemas que con mayor frecuencia reportan los estudiantes en clase, se encuentra la dificultad para planear y organizar sus actividades académicas, para ser asertivos, solucionar problemas, tomar decisiones y regular sus emociones, lo que sin duda va a tener un impacto en su desempeño académico y por tanto en su desarrollo profesional.

Y es entonces que surge a partir de lo anterior, surgió el interés en trabajar en el desarrollo de competencias psicosociales, las cuales también son conocidas como habilidades para la vida y que son definidas por la Organización Mundial de la Salud, como las habilidades con las que cuenta una persona para enfrentarse exitosamente a las exigencias y desafíos de la vida diaria. Estas habilidades tienen la característica de ser adquiridas a lo largo de la vida, a través de la experiencia directa, por medio de un entrenamiento intencional, mediante el modelado o la imitación. Las habilidades para la vida de cada persona están compuestas por las reacciones habituales y las pautas de conducta que ha generado la persona durante el proceso de aprendizaje de conocimientos específicos, desarrollo de sus potencialidades y habilidades requeridas para una adecuada participación en la vida social (Sánchez, y González, 2017).

Es por ello que resulta transcendental promover en la comunidad universitaria el desarrollo de competencias psicosociales y al mismo tiempo el desarrollo de competencias profesionales en las y los facilitadores, lo que en ambos casos les permitirá alcanzar y mantener estilos de vida saludable y concretar metas personales y profesionales.

#### Escenario de aplicación

Aula en la que se toman las clases de Licenciatura de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

#### Descripción de las técnicas

En principio es importante hacer una descripción de la asignatura de Teorías y Modelos de Prevención I, la cual es una asignatura teórico-práctica, de cinco horas a la semana y ochenta horas al semestre. El objetivo de aprendizaje de la materia es conocer, comprender, explicar y ensayar modelos preventivos en adicciones, así como los procedimientos de evaluación e intervención a partir de dichos modelos. Y es dentro de estos modelos preventivos que encontramos el entrenamiento en habilidades para la vida como un factor protector contra las adicciones.

En la parte teórica de la asignatura el estudiantado aprende sobre el panorama epidemiológico del consumo de drogas en México, el contexto general del ejercicio profesional del psicólogo en el campo de la prevención de las adicciones, estilos de vida saludables relacionados con la prevención de la conducta adictiva, el desarrollo de los programas preventivos en psicología de las adicciones en el campo de la salud en México, las necesidades y realidad nacional, las teorías, conceptos y clasificaciones de prevención en el campo de las sustancias psicoactivas y los enfoques teóricos y modelos de prevención.

Además de cubrir el temario, se abordan temas adicionales, pues al ser una asignatura optativa del último semestre y cursarla después de un periodo de aislamiento que duró cuatro semestres, debido a la emergencia sanitaria que representó la pandemia por COVID-19, se identificó la necesidad de reforzar las propias habilidades del estudiantado, a fin de que, al momento de ponerlas en práctica con los participantes al taller, mostraran mayor seguridad al presentar los temas y actividades de aprendizaje.

Esta práctica se realiza dentro de una metodología de práctica reflexiva, en la que el estudiante aprende haciendo y reflexionando en y desde su práctica, a través del conjunto de competencias que ya ha ido desarrollando y que lo llevan a ser más crítico, a contrastar y compartir sus ideas, y haciendo del estudiante un agente activo dentro de la construcción de su propio conocimiento, haciendo del proceso de aprendizaje algo más dinámico.

Las estrategias de enseñanza que se utilizaron en clase son: exposición, análisis y discusión guiada de artículos, reflexión, preguntas, resúmenes, aprendizaje basado en problemas, actividades de juego de roles, dinámicas de colaboración grupal.

En total fueron 17 actividades de aprendizaje programadas, entre ellas algunas actividades consistieron en dinámicas tales como: el juego de roles denominado “el trasplante” en donde a cada uno de los estudiantes les tocó representar al azar a un paciente en espera de un trasplante de corazón, el propósito de la actividad es poner en práctica la escucha activa y la empatía; otra actividad fue la de “respuestas asertivas” en la que se plantearon una serie de situaciones, ante las cuales se pedía dar una respuesta asertiva, ganaba el equipo que diera la respuesta asertiva más completa; en la actividad de “cuadros rotos” el propósito fue el desarrollo de habilidades de comunicación y el trabajo en equipo, en donde se les asignaba la misma tarea por equipos, en donde debían analizar y posteriormente explicar el nivel de comunicación que hubo al interior del equipo para resolver la tarea, si estuvo presente el liderazgo-organización, la solidaridad y la motivación.

Las clases se planearon para que posterior a la revisión del tema o subtema se realizara una actividad de aprendizaje para reforzar el conocimiento y así poder promover un mejor aprovechamiento de la información que se ha revisado.

Los estudiantes, dentro del aula en la mayoría de las clases, se encontraban dispuestos en posición de semicírculo o herradura, pues en la experiencia docente es algo que ha resultado muy efectivo, en especial cuando se necesita fomentar la participación del estudiantado, pues se genera un ambiente relajado, el estudiante muestra mayor seguridad para expresar su opinión y esto facilita la interacción tanto con los compañeros de clase, como con la profesora.

A la par del trabajo de los contenidos del temario, se trabajó en la elaboración, desarrollo y evaluación del “Taller competencias psicosociales para la vida universitaria”, para lo cual se dividió al grupo en cuatro equipos, de entre 4 o 5 estudiantes cada uno, cada equipo se hizo cargo de una sesión del taller, las sesiones quedaron de la siguiente manera:

Sesión 1 Habilidades sociales

Sesión 2 Habilidades cognitivas

Sesión 3 Habilidades emocionales

Sesión 4 Autocuidado (tema adicional)

Cada semana, de manera grupal, se dedicó un tiempo para revisar los avances del estudiantado. En un primer momento se estudiaron los elementos que deben considerarse en la elaboración de un taller, en donde se contemplan el título, el período que cubre, un diagnóstico del problema, justificación, objetivos, estrategias, metas, metodología, universo del trabajo, recursos humanos, recursos materiales, calendarización, cartas descriptivas y sistemas de evaluación.

Un elemento central es realizar un diagnóstico del problema, pues es importante obtener información de la población objetivo a la que se dirige el taller, para primero identificar si realmente el taller estaría cubriendo una necesidad de la comunidad y si es así, considerar esa información para dar dirección hacia donde se van a dirigir los contenidos a tratar en cada una de las sesiones. Para ello cada equipo construyó un cuestionario a través de Google Forms, el cual compartieron entre la comunidad, y con ello lograron recabar datos que les permitieron identificar conocimientos previos, actitudes y necesidades de la población objetivo en relación a la sesión que les fue asignada. Dado que en el formulario se solicitan datos de identificación, fue importante indicar que el propósito del cuestionario y que los datos proporcionados serían tratados de manera confidencial y que su uso solo tendría un fin académico para el desarrollo del taller, ahí mismo se les indicaba si querían ser contactados posteriormente para enviarles la invitación al taller.

Cada equipo trabajó en el diseño de la intervención a través de una carta descriptiva correspondiente a la sesión que le fue asignada. Se dispuso un tiempo de la clase para revisar los avances y aclarar dudas entre todo el grupo, con el propósito de fomentar la supervisión con colegas, en la que los integrantes de cada equipo podían aceptar o rechazar las sugerencias hechas por otros compañeros, el beneficio es que esto genera un mayor involucramiento de todos los equipos en la construcción del taller, pues finalmente aunque no formaran parte del equipo, conocían el trabajo de los compañeros y aportaban ideas que ayudaban a mejorar la planeación de su sesión.

Una vez finalizada la carta descriptiva, se tuvo una sesión de ensayo para la cual eligieron la actividad que consideraron de mayor complejidad y así ponerla a prueba con sus compañeros, esta sesión de ensayo les permitió identificar puntos de mejora para la planeación de su sesión. El equipo obtenía retroalimentación de la docente-supervisora y de sus compañeros de clase, se les hacía recomendaciones sobre la actitud mostrada, la postura, el tono de voz, el uso del espacio, así como el contenido teórico, las actividades prácticas. Se resaltaba la importancia de que cada integrante del equipo tuviera funciones asignadas, se hizo énfasis en el tema del manejo del tiempo, el diseño de los materiales didácticos y la organización de las dinámicas.

Para la difusión del taller, cada equipo nombró un representante, siendo estos los responsables de diseñar el cartel, el cual posteriormente era revisado por el grupo y una vez que se tenía el visto bueno, se mandaba a impresión para ser distribuidos entre los equipos, quienes se organizan para realizar la difusión, colocando carteles en aulas, espacios comunes, además de hacer uso de las redes sociales para compartir el cartel de manera digital. Una representante del grupo junto con la docente se hicieron cargo de registrar las inscripciones y notificar a los participantes.

Durante las sesiones, los equipos llegaban al menos 30 minutos antes para preparar el aula, hacer pruebas con los materiales audio-visuales, distribuir los materiales impresos y recibir a los participantes. Cada equipo como parte de la evaluación de la sesión del taller, elaboró un cuestionario de satisfacción para los participantes, en donde se abordaron preguntas relacionadas a

los contenidos teóricos, actividades y dinámicas, así como sugerencias y comentarios que permitan hacer mejoras dentro del taller.

La profesora estuvo presente en todas las sesiones supervisando el trabajo tanto individual como grupal de los responsables de la sesión, apoyándose en una lista de chequeo, al término de cada sesión del taller, se disponía un tiempo para que el equipo a cargo de la sesión pudieran manifestar su experiencia, recibir retroalimentación de la profesora y dar lectura a la retroalimentación que se le había solicitado de manera escrita a los participantes; en la siguiente clase se abrió la plenaria para que los estudiantes compartieran su experiencia con sus compañeros, es importante mencionar que en las sesiones del taller estuvieron presentes representantes de los otros equipos, quienes también les expresaban sus comentarios sobre la experiencia que tuvieron al ser participantes del taller, esto hacía que la experiencia fuera todavía más enriquecedora.

### Herramientas empleadas

A lo largo del curso se contó con un aula híbrida (con equipo de cómputo, equipo de sonido, pantalla y conexión de internet inalámbrico), esto facilitó el aprovechamiento de herramientas digitales para la impartición de las clases, pues además de las herramientas tradicionales como pizarrón blanco y plumones, se pudo hacer uso de presentaciones animadas con diapositivas para cada tema, en las que se incluía un código QR para quien requiriera descargar el material durante la clase, también se compartieron documentos con información complementaria a los temas revisados, el uso de la pantalla facilitó el trabajo de revisión de las actividades y de los materiales durante la clase, todos los recursos fueron alojados en una plataforma educativa, para que posterior a la clase pudieran ser consultados por el estudiantado, lugar en donde también se fueron registrando las actividades de aprendizaje y las tareas y que también fue útil para que pudieran consultar la retroalimentación y calificación de sus actividades.

Durante los talleres, también se usaron materiales audio-visuales, presentaciones con diapositivas y juegos didácticos diseñados por los mismos estudiantes para algunas de las dinámicas del taller, entre los que se encontraba una lotería digital para la sesión de habilidades sociales, la adaptación del juego parchís para la sesión de habilidades cognitivas, un juego de cartas denominado el teatro de las emociones para la sesión de habilidades emocionales y la adaptación del juego de la oca para la sesión de autocuidado.

### Resultados alcanzados

Los principales resultados alcanzados están relacionados en principio con el logro del objetivo de la práctica, siendo el producto final el taller de competencias psicosociales para la vida universitaria y que más allá de la obtención de una calificación, como supervisora es importante conocer la

percepción que el propio estudiante tiene sobre su desempeño en la asignatura, los conocimientos adquiridos, las habilidades desarrolladas y el nivel de participación que tuvieron dentro del equipo durante el desarrollo del taller, esta información les fue solicitada por medio de una autoevaluación, los resultados fueron muy positivos pues la percepción del estudiante respecto al desarrollo de sus habilidades y competencias fue favorable, todos percibieron un cambio, pues en su mayoría reportaron sentir mayor confianza en sus habilidades y en gran medida esto puede ser resultado de fomentar la supervisión con colegas, pues de esta manera los estudiantes desarrollan la capacidad de observar competencias en sus compañeros, observando y retroalimentando de manera asertiva, reforzando aquellas conductas, habilidades y actitudes que consideraron apropiadas en el manejo de las sesiones del taller, pues les permitió a través de un trabajo de prevención apoyar a otros integrantes de la comunidad universitaria a desarrollar sus competencias psicosociales, mientras que el estudiantado desarrollaba competencias profesionales como: organización, planeación, ética, compromiso, responsabilidad, comunicación asertiva, resolución de problemas, toma de decisiones, trabajo colaborativo, autocrítica y retroalimentación, además que en su percepción se fortaleció la relación entre los compañeros, logrando verse no solo como un grupo, sino un equipo.

Por otra parte, la respuesta que se tuvo de la comunidad para participar en el taller fue favorable, 29 estudiantes mostraron interés en participar, siendo 15 estudiantes los que aproximadamente estuvieron en cada sesión y a quienes al término se les pidió proporcionaran a los facilitadores de cada una de las sesiones una evaluación, en la que hablaron sobre el contenido, los materiales, la dinámica y observaciones sobre el desempeño de los facilitadores, las cuales fueron revisadas en conjunto y se realizó una reflexión sobre el trabajo realizado.

Sin duda el poder realizar una práctica supervisada teniendo un plan de trabajo estructurado, permitirá cubrir objetivos específicos de la asignatura, que favorezcan el desarrollo de las competencias profesionales de nuestro estudiantado, siendo conscientes que, si bien se trata de una relación que implica una forma de aprendizaje sobre el ejercicio profesional, al mismo tiempo constituye un tipo de relación profesional, la cual debe realizarse con honestidad e integridad.

#### Referencias

- Carbajal, M. A., Díaz, N., Félix, V., Gutiérrez, M., Hagg, C., Hernández, L.A., Jiménez, V., Morales, S., Paredes, H., Rodríguez, A. E., Ruiz, V., Torres, K. B & Valenzuela, M.A. (2021). Modelos de supervisión para la formación en la práctica profesional en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Díaz Barriga, F. &Hernández, G. (2002). Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo, una interpretación constructivista (2ª ed.). McGraw Hill.

Riveros, A. (2018 enero-febrero). Los estudiantes universitarios: vulnerabilidad, atención e intervención en su desarrollo. *Revista Digital Universitaria*, 19(1).

[https://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/v19\\_n1\\_a6\\_Riveiro.pdf](https://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/v19_n1_a6_Riveiro.pdf)

Sánchez, A. & González, R. (2017). *Habilidades para la vida. Herramientas para el buen trato y la prevención de la violencia*. UNICEF Venezuela

## **Mesa 10**

Moderadora: Mtra. Ingrid Marissa Cabrera Zamora

## Intervención psicoeducativa bajo un enfoque interdisciplinario

Lorena Irazuma García Miranda, Andrea Marcos Ulloa y Alondra Juárez Vargas<sup>18</sup>

México, CdMx, 22 de septiembre de 2023.

### RESUMEN

El objetivo de este documento es destacar la importancia del trabajo interdisciplinario para mejorar las condiciones académicas de una menor. Después de realizar la entrevista con la madre de ME y llevar a cabo el diagnóstico psicoeducativo, se determinó la urgencia de atenderla estomatológicamente. A pesar de que la demanda de atención iba en función a su desempeño escolar, sobre todo en lectoescritura, sus padres comprendieron que sin la atención de otro especialista no se tendrían avances.

Lo primero que había que conseguir era que controlara su respiración y su aparato fonoarticulador funcionara adecuadamente. Después, por medio de las sesiones con las estudiantes de Psicología, que aprendiera y practicara la enunciación de fonemas para obtener la conciencia fonética y posteriormente, mejorar su rendimiento académico.

Hasta el momento se ha logrado que los padres de ME acudan regularmente a las consultas estomatológicas, lo que indica que son conscientes de la importancia que tiene la fisiología en el desarrollo de su hija. También se puede apreciar que ME presta mayor atención a su respiración y produce los fonemas bilabiales /p/ y /b/.

### ABSTRACT

The objective of this document is to emphasize the importance of interdisciplinary work to improve the academic conditions of a minor. After conducting an interview with ME's mother and carrying out the psychoeducational diagnosis, it was determined that there was an urgent need to treat her stomatologically. Although the demand for attention was related to her academic performance, especially in reading and writing, her parents understood that without the intervention of another specialist, there would be no progress.

The first thing to achieve was to ensure that she controlled her breathing and that her speech apparatus functioned properly. Then, through sessions with psychology students, she learned and

---

<sup>18</sup> Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Av. Guelatao 66, Ejército de Oriente Indeco II Issste, Iztapalapa, 09230, Ciudad de México CdMx.

[lorenairazuma.fesz@gmail.com](mailto:lorenairazuma.fesz@gmail.com), [marcos.ulloa.andrea.1416@gmail.com](mailto:marcos.ulloa.andrea.1416@gmail.com) y [alokuarezv03@gmail.com](mailto:alokuarezv03@gmail.com)

practiced the enunciation of phonemes to develop phonemic awareness and subsequently improve her academic performance.

So far, it has been successful in getting ME's parents to regularly attend dental consultations, indicating their awareness of the importance of physiology in their daughter's development. It can also be observed that ME pays more attention to her breathing and produces the bilabial phonemes /p/ and /b/.

**PALABRAS CLAVE:** articulación de lenguaje, respiración, desempeño escolar

## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La madre de ME acude al Servicio Psicoeducativo de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza (CUAS Zaragoza) buscando apoyo académico porque su hija tiene un desempeño escolar mínimo, especialmente en el área de lectoescritura. Tras realizar las evaluaciones pertinentes se solicita una consulta estomatológica, la especialista rescata el diagnóstico de laringomalacia. Dicha condición, aunada a las características orofaciales de la menor comprometen su vía aérea y por ende su lenguaje oral es deficiente; lo cual impacta en su rendimiento académico.

## EVALUACIÓN

Para conocer cómo apoyar a los menores y diseñar un plan de intervención, en el Programa de Atención al Aprendizaje Escolar se realiza una entrevista con el cuidador primario y posteriormente se aplican tres evaluaciones que indican los elementos que es necesario fomentar en las áreas de lectoescritura, aritmética y articulación de lenguaje. A continuación, se reseña la evaluación de ME.

A través de la entrevista se obtuvieron datos relevantes respecto a cuestiones fisiológicas de ME, quien en ese momento tenía 9 años 1 mes. La menor tiene un diagnóstico médico de Síndrome dismorfológico, el cual refiere a malformaciones congénitas o alteraciones morfológicas que hacen parecer al paciente diferente (Lacassie, 2015). También fue diagnosticada con Microtia y Atresia de coanas, la cual, según Zanetta et al. (2012) se define como la impermeabilidad de una o ambas coanas por componentes óseo y membranoso. Silva et al. (2007) aseguran que sus manifestaciones clínicas no siempre requieren intervención quirúrgica inmediata; sin embargo, puede llegar a ocasionar alteraciones respiratorias de diferente intensidad.

Figura 1

Diagnóstico de síndrome dismorfológico, microtia y atresia de coanas (21/04/2021)

489761 R 2N  
 INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA  
 Dirección Médica  
 "Solicitud de Interconsulta"  
 Favor de llenar con máquina o usar letra de molde  
 Fecha: 21/04/21 Urgente: Si  No   
 Cama: CE Sexo: Femenino Edad: 7a 8m  
 Departamento y/o Servicio al que solicita la Interconsulta: Foniatria  
 Departamento y/o Servicio solicitante: Genética  
 Diagnóstico de Base: Síndrome dismorfológico, Microtia, Atresia de coanas  
 Motivo de la Interconsulta: Valoración de Pd paladar hendido submucoso, a la exploración  
 Resumen clínico: Gula bilida, voz nasal, causa alteración fonemas.  
 Nombre completo del Médico Solicitante: Dra. Yokoyama Clave: 12239  
 Firma: Dra. Rodríguez  
 Acuse de recibido del Servicio Interconsultado:  
 Nota: Las interconsultas urgentes deben realizarse a la brevedad posible. Las no urgentes se realizarán durante el transcurso del mismo día en que se solicitó la interconsulta.  
 La nota de interconsulta es la evidencia documental en el expediente clínico de su realización en tiempo y forma. Es susceptible de ser evaluada por el Comité de Expediente Clínico. MA-05

Nota: Fue la única información médica que se obtuvo en la entrevista inicial (4/10/2022).

Por medio del Cuestionario para la Evaluación de la Fonología Infantil (Ávila, s.f.), aplicado cuando ME tenía 9 años 1 mes, se notó que ME manifiesta diversas dificultades al hablar:

sustitución del fonema bilabial /p/ por el fonema bilabial /m/

dificultades en la pronunciación del fonema bilabial /b/

dificultad para articular el fonema dentoalveolar /rr/ tanto en la posición inicial como media

problemas en la pronunciación del fonema dentoalveolar /s/ puesto que se añade el fonema velar /j/ (en posición inicial o final)

pronunciación inadecuada de los fonemas dentoalveolares /d/ y /l/

dificultad en la pronunciación del fonema velar /k/ en cualquier posición

sustitución del fonema palatal /ch/ por el fonema palatal /ñ/

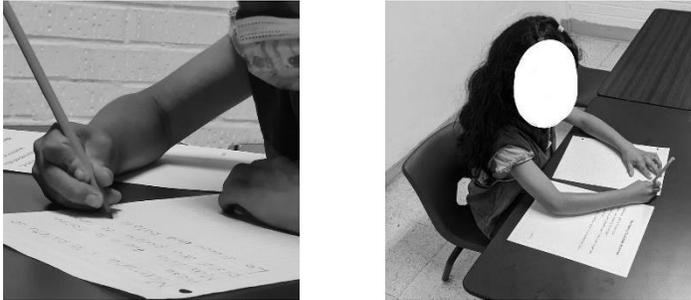
dificultad para articular los sinfonos, especialmente /br/ y /bl/

Con la Evaluación Informal de Conocimientos Aritméticos (Buenrostro, 2023) se determinó que ME no domina el valor posicional y por ello manifiesta dificultades para resolver mecanizaciones de transformación.

Respecto a lectoescritura, con apoyo de la Evaluación Informal de Lectoescritura propuesta por Buenrostro (2020), se identificaron dificultades de creación y coherencia literaria, así como necesidad de practicar el descifrado de textos para lograr fluidez.

## Figuras 2 y 3

Aplicación de evaluaciones, octubre de 2022



Con los datos anteriores, y en coincidencia con García y Díez (2009), quienes afirman que la atención, imitación y seguimiento de órdenes son prerequisite del lenguaje y el aprendizaje, se concluye que el bajo rendimiento escolar de ME, especialmente en el área de lectoescritura, se relaciona con su manera de respirar y las deficiencias mostradas en articulación de lenguaje; su conciencia fonémica no era adecuada. Al respecto, Casadiego et al. (2020), aseguran que la respiración bucal es una de las disfunciones respiratorias que, con mayor frecuencia, altera el habla. De manera que para poder apoyarla, primero era necesario conocer la opinión de un estomatólogo e iniciar la intervención con entrenamiento respiratorio y reeducación fonológica.

Al iniciar la atención estomatológica, los padres de ME mostraron documentos médicos en donde se le diagnostica, además de otras afecciones, con laringomalacia. Condición entendida como un colapso de las estructuras supraglóticas durante la inspiración; por lo que existe una alta prevalencia de patología asociada de la vía aérea, entre sus comorbilidades más frecuentes se encuentra el reflujo gastroesofágico y la afectación neurológica (Ramos et al., 2016). El colapso de las estructuras supraglóticas durante la inspiración produce una obstrucción percibida como un estridor; en caso de que sea de espectro leve, se presenta intrascendentalmente y hay síntomas de reflujo moderados (Landry y Thompson, 2012).

Respecto a la laringe, al igual que la nariz, garganta, tráquea, bronquios y pulmones, es parte de la vía aérea, órganos que participan en la respiración; la función de este conducto respiratorio es proteger la entrada de las vías respiratorias inferiores, producir la voz, respirar, tragar y hablar (Escajadillo, J. 2000). Dicha situación y la exploración de la especialista, apoyada de radiografías periapicales, modelos de estudio y fotografías intra y extraorales confirman que su ventilación es difícil y presenta mordida cruzada anterior. Además de comenzar a atenderla, se indica interconsulta con otorrinolaringólogo.

Figuras 4 y 5

Documentos con diagnóstico laringomalacia, enero y mayo 2015

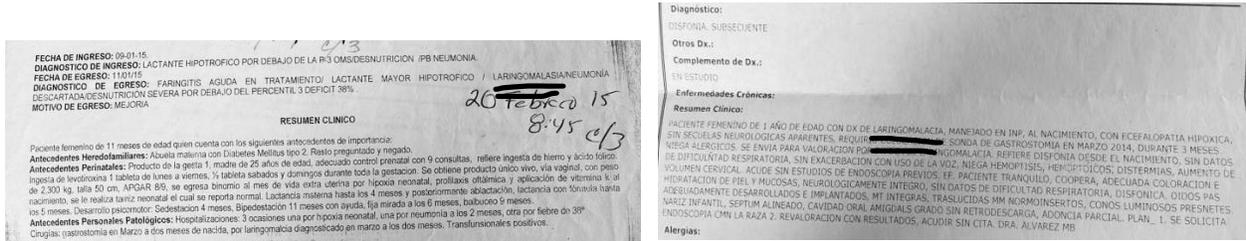


Figura 6

Evaluación de la vía aérea de ME



Nota: Se aprecia hipertrofia adenoidea (11mm) e hipertrofia amigdalina (10mm), lo cual predice una ventilación difícil.

DIAGNÓSTICO

ME presenta una deficiente articulación de lenguaje y ello impacta negativamente en su desempeño escolar, específicamente en el área de lectoescritura. Lorenzo (2001) asegura que las alteraciones en el lenguaje se relacionan con las capacidades que un individuo genere en la introducción de la escritura y el acceso a conocimientos complejos.

Menor de 9 años hospitalizada en 4 ocasiones debido a hipoxia neonatal, gastrostomía, neumonía y fiebre; la cirugía fue a los dos meses por el diagnóstico de laringomalacia. Presenta múltiples lesiones de caries, mordida cruzada anterior y su vía aérea no tiene la abertura que debería. Las estructuras que ME tiene dañadas se involucran en las funciones de alimentación, respiración y habla; incluso, según Peris (2012), la cognición podría presentar alteraciones.

El desarrollo socio emocional de la niña también está limitado, ya que el patrón de respiración bucal, debido a los daños estructurales, le dificultan el acceso al lenguaje oral y por ende, a la comunicación. Ante la complejidad del caso, es necesaria la acción combinada de diferentes especialistas.

## RECURSOS EMPLEADOS

Se decidió brindar el acompañamiento psicoeducativo a la par que la atención estomatológica; en este apartado, centraremos nuestra atención en lo correspondiente al área de articulación de lenguaje.

Cabe mencionar que al inicio de cada sesión se realizaba un minuto de respiración consciente, el cual consistía en poner la mano sobre el pecho o sobre el abdomen para observar cómo se va levantando al momento de inspirar. Además, con el objetivo de preparar y relajar los órganos que intervienen en la producción de fonemas se realizaba gimnasia bucal, donde por dos minutos se tenían que hacer muecas y movimientos con la lengua, mandíbula, labios y mejillas.

Figuras 7 y 8

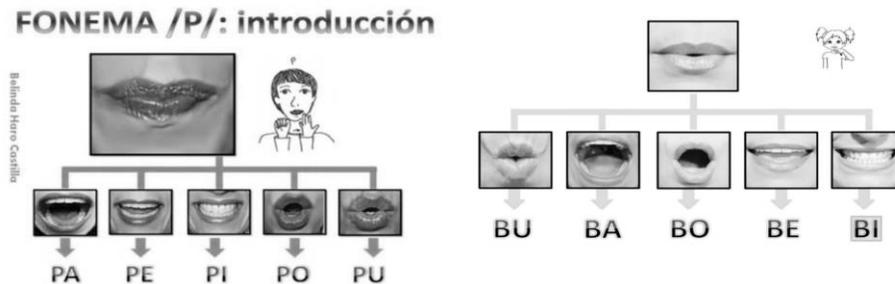
ME realizando gimnasia bucal



La intervención inició con la reeducación del mecanismo-tipo de los fonemas bilabiales /b/ y /p/; para ello se utilizaron plantillas que representaban visualmente la posición del aparato fonoarticulador al emitir dichos fonemas. La práctica del mecanismo-tipo se llevaba a cabo mediante series de repetición, por ejemplo: b-b-b-b > ba-ba-ba; p-p-p-p > pa-pa-pa-pa y así, sucesivamente, con todas las vocales.

Figuras 9 y 10

Plantillas con el mecanismo tipo de /p/ y /b/ (Haro, s.f.)



Posteriormente se realizaron praxias labiales que permitieran producir sonidos a través del movimiento de los labios. Para hacer notar la diferencia entre los sonidos /b/ y /p/ se le mostró a la niña la explosión de aire que se expulsa al pronunciar /p/ y cómo la corriente de aire disminuye al pronunciar /b/. Se utilizaron popotes que debían ser llevados de un vaso a otro para ejemplificar el movimiento de los labios al pronunciar el fonema /p/.

Figura 11

ME realizando la explosión de aire al producir /p/, marzo 2023.



También se realizaron juegos adaptados para lograr la práctica de los fonemas. Por ejemplo, se realizó un “Jenga de retos” el cual contenía actividades relacionadas a la práctica de articulación, mismas que debían cumplirse para continuar en el juego, algunas eran:

Di una palabra que contenga /b/.

Piensa en una palabra que contenga /p/ y jueguen ahorcado.

Lleva tu labio inferior al labio superior durante cinco segundos.

Realiza trompetillas durante cinco segundos.

Es importante mencionar que a lo largo de las sesiones se realizaron actividades en las que ME pudiera practicar los fonemas bilabiales /p/ y /b/ de manera indirecta; es decir, a través de la

resolución de problemas matemáticos, el descifrado de oraciones cortas en voz alta o creación de historias. Para ello se echó mano de tarjetas que contenían palabras con los fonemas ejercitados, las cuales debían ser ordenadas para crear una historia coherente que se pudiera compartir con los demás en voz alta.

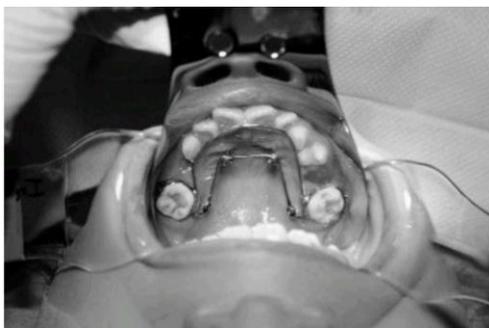
### SOLUCIÓN ALCANZADA/EFICACIA DE INTERVENCIÓN

A pesar de que se tuvieron pocas sesiones de trabajo con las estudiantes de Psicología, ME logró controlar su respiración y ello coadyuvó a que su habla y descifrado de textos fueran inteligibles; podría considerarse que alcanzó una fluidez adecuada. También articuló, conforme lo esperado, los fonemas bilabiales /b/ y /p/ en su habla cotidiana. Cabe mencionar que ME manifestó avance al comprender y evocar los hechos multiplicativos del 6 al 9 y actualmente es capaz de resolver problemas a través de mecanizaciones.

Respecto a la atención estomatológica, el objetivo es abrir la vía aérea superior, para ello, primero se realizó una profilaxis, aplicación flúor, colocación de selladores y resinas; por último, se realizaron dos exodoncias. Por cuestiones administrativas y de tiempo, se colocó un retenedor para mantener el espacio después de las extracciones realizadas; posteriormente se abrirá la vía aérea superior con un expansor.

Figura 12

Retenedor colocado en la boca de ME



### CONCLUSIONES

Para llevar a cabo un diagnóstico adecuado y brindar la intervención terapéutica subsecuente idónea, es crucial conocer de manera detallada la historia clínica del usuario; incluso, en algunos casos, un examen físico exhaustivo es obligatorio. Como pudo apreciarse en el caso de ME, una

cuestión fisiológica desencadena problemas de articulación de lenguaje y, por ende, impactan en el área socioemocional y académica.

Al realizar la entrevista inicial con la madre de ME se obtuvieron datos respecto a complicaciones neonatales y en las primeras sesiones nos percatamos de que era una respiradora oral. Estos antecedentes nos obligaban a brindar una atención integral, la cual, afortunadamente, es posible gracias a la Especialización en Estomatología del Niño y del Adolescente que se oferta en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Para apoyar el aspecto psicoeducativo de ME y de acuerdo con Álvarez et al. (2003), quienes manifiestan la importancia de los factores respiratorios para el correcto desarrollo de las estructuras y funciones orofaciales implicadas en el habla, se priorizó la práctica de una respiración consciente y controlada; lo cual favoreció la producción de algunos fonemas y repercutió positivamente en el desempeño de la lectoescritura y en la expresión de sus pensamientos.

En este punto, cabe resaltar que García y Díez (2009) señalan que la coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen con un paciente es importante, pero en el caso de un paciente con deficiencia en el lenguaje oral, es imprescindible, ya que introducir un sistema de comunicación es fundamental.

Es urgente crear consciencia de la importancia de la respiración en el desarrollo humano, que cuando los médicos hagan un diagnóstico que involucra la vía aérea, informen a los cuidadores primarios respecto a las posibles consecuencias y los sensibilicen en torno a que la situación implica atención constante y de diversas disciplinas. Es necesario que neonatólogos, pediatras, estomatólogos y psicólogos educativos contemos con guías clínicas y protocolos que permitan estandarizar el manejo de las enfermedades o alteraciones de las vías aéreas. Asimismo, que compartamos experiencias y trabajemos interdisciplinariamente para ofrecer verdaderas oportunidades de desarrollo óptimo.

La corrección del hábito de respiración bucal es un desafío que involucra a varios especialistas; la reeducación es un proceso que lleva tiempo y esfuerzo (González y Flores, 2014). Aunado al trabajo de estos profesionales de la salud, la familia juega un papel fundamental en los logros que los menores tienen; su apoyo, los alienta a participar activamente en su desarrollo. Deseamos que ME continúe con el tratamiento estomatológico, se presente a las sesiones psicoeducativas para apoyarle con su desempeño académico en todas las áreas y busque atención con un especialista en otorrinolaringología.

## Referencias

Álvarez, M. V., Jané, R. M. y Turón, E. (2003). Protocolo de observación de la respiración para detectar alteraciones que pueden desencadenar o favorecer trastornos orofaciales o de la voz. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* 23(2), 66-73.

Ávila, R. (s.f.). Cuestionario para la Evaluación de la Fonología Infantil <http://paae.portafolioefesz.org/recursos/al/ART-FCEFIAdaptadoyAgregado2016-07-18.pdf>

Buenrostro, Á. (2020). Evaluación Informal de la Lectoescritura <https://drive.google.com/file/d/1VmsWv81GiqmgR9-NlsanQYPLg0JD1jKq/view>

Buenrostro, Á. (2023) Evaluación Informal de Conocimientos Aritméticos [https://drive.google.com/file/d/1X1HujpRcqTry\\_2Kvt1f8HksqfjgYNgfG/view](https://drive.google.com/file/d/1X1HujpRcqTry_2Kvt1f8HksqfjgYNgfG/view)

Casadiego, W., Sanabria, M., Zerpa, N., Quiros, O., Flores, Y. y Quiros, O. Jr. (2020). Terapia miofuncional en pacientes respiradores bucales. Revisión bibliográfica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-12/>

Escajadillo, J. (2000). Oídos, nariz, garganta y cirugía de cabeza y cuello. Manual Moderno.

García, T. y Díez, N. (2009). Intervención logopédica en un caso de síndrome de Cornelia de Lange. *Revista de logopedia, foniatría y audiología* 29(4), 262-270.

González, M. F. y Flores, P. G. (2014). Terapia miofuncional como alternativa de tratamiento para evitar la Recidiva en Mordida Abierta Anterior. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. [www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art-35/](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art-35/)

Haro, B. (s.f.). Introducción a los fonemas. Gestos Guberina. Soyvisual. <https://www.soyvisual.org/materiales/introduccion-los-fonemas-gestos-guberina>

Lacassie, Y. (2015). Evaluación diagnóstica del paciente dismórfico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26 (4), 452-457 <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864015000930>

Landry, A. y Thompson, D. (2012). Laryngomalacia: Disease Presentation, Spectrum and Management. *International Journal of Pediatrics*. 2012:753526. <https://www.hindawi.com/journals/ijpedi/2012/753526/>

Lorenzo, J. R. (2001). Procesos cognitivos básicos relacionados con la lectura. Primera parte: la conciencia fonológica. *Interdisciplinaria*, 18(1), 1-33. <https://www.redalyc.org/pdf/180/18011326001.pdf>

Peris, C. (2012). Terapia miofuncional en los síndromes craneofaciales. *Boletín de AELFA*, 12(2), 54-60. [https://doi.org/10.1016/S1137-8174\(12\)70062-6](https://doi.org/10.1016/S1137-8174(12)70062-6)

Ramos, V., Veiga, M., Alonso, M.L., Gómez, F., Oyágüez, P. del Blanco, I. y Navazo, A. (2016). Conocimientos de los pediatras sobre la laringomalacia: ¿siempre es un proceso banal? *Pediatría Atención Primaria*, 18(70), 63-72. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322016000200004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000200004)

Silva, R. y Bretón, M. (2007). Atresia de coanas. Reporte de caso. *Revista Med* 15(1) p.129-133 <https://www.redalyc.org/pdf/910/91015115.pdf>

Zanetta, A., Rodríguez, H., Quiroga, V., Cuestas, G. y Tiscornia, C. (2012). Obstrucción nasal congénita por atresia de coanas: Serie de casos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 110(2), 152–159. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2012/v110n2a11.pdf>

# **Mesa 11**

Moderador: Mtro. Pablo Misael Luna Dávila

## **Impacto Emocional Post Pandemia Por Covid-19**

Jesús Omar Lobato Cruz; Abraham Erick Ronquillo Calzada; Juan Jiménez-Flores

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

México, Ciudad de México

28 de julio de 2023

### **Resumen**

La pandemia por COVID-19 fue un fenómeno sin precedentes para la población general. El aislamiento voluntario y el distanciamiento social a nivel psicológico implican factores de riesgo para la población, ya que pueden derivar incertidumbre, miedo y desesperación, esto pudiendo generar trastornos mentales como ansiedad y depresión o trastornos de sueño. La pérdida de trabajo, disminución o pérdida de ingresos son otros estresores importantes, al igual que el trabajo excesivo y el tener que adecuar la vida como la conocíamos a la nueva normalidad. Por lo que se realizó un estudio de tipo transversal no experimental utilizando una muestra de 215 mexicanos a través de un muestreo no probabilístico. El objetivo del estudio era describir el impacto emocional post pandemia de COVID 19, lo que permitió observar algunas manifestaciones de comportamientos psicológicos y conductuales que aparecen en este periodo. Los resultados arrojaron que la población no sufrió un impacto emocional considerable a pesar de los factores de riesgo, brindando algunas posibles causas del por qué no hubo una merma tan grande en su bienestar emocional.

Palabras clave: post pandemia, emocional, COVID-19

### **Abstract**

The COVID-19 pandemic was unprecedented for the general population. Voluntary isolation and social distancing at the psychological level imply risk factors for the population, since they can derive uncertainty, fear and despair, this can generate mental disorders such as anxiety and depression or sleep disorders. Job loss, decrease or loss of income are other major stressors, as well as overwork and having to adjust life as we knew it to the new normal. Therefore, a non-experimental cross-sectional study was conducted using a sample of 215 Mexicans through non-probability sampling. The objective of the study was to describe the emotional impact after the COVID 19 pandemic, which allowed us to observe some manifestations of psychological and behavioral behaviors that appear in this period. The results showed that the population did not suffer a considerable emotional impact despite the risk factors, providing some possible causes why there was not such a large decrease in their emotional well-being.

Keywords: post-pandemic, emotional, COVID-19

## Introducción

El objetivo del presente trabajo es describir el impacto emocional en población mexicana post pandemia de COVID 19. Con base en la Organización Mundial de la Salud (OMS) la pandemia termina el día 05 de mayo de 2023.

Debido a la rápida propagación del COVID 19, se impusieron medidas restrictivas para la población, entre las que figuran, por ejemplo, periodos de cuarentenas, restricción domiciliaria y aislamiento social (Broche-Pérez, Fernandez-Castillo y Reyes, 2020). Aunado a esto, la incertidumbre en la que vivía la población, debido a las preocupaciones económicas, generadas por las afectaciones en el comercio y la producción, o el miedo causado por la gran cantidad de personas enfermas y las muertes que crecían día con día.

Las manifestaciones psicológicas causadas por la pandemia que se han observado son miedo, comportamiento errático, percepciones distorsionadas de riesgo, indignación, depresión, estrés, apatía, irritabilidad, problemas para tomar decisiones, insomnio, trastorno de estrés postraumático, ira y agotamiento emocional, por otra parte, en niños las manifestaciones fueron estrés agudo, trastorno de adaptación y trastorno de estrés postraumático, esto se ve agravado cuando por razones de cuarentena los infantes son separados de los padres.

A largo plazo, las manifestaciones se pueden convertir en un trastorno, como, por ejemplo, ansiedad generalizada o depresión mayor (Nicolini, 2021). A partir del inicio de la pandemia, la prevalencia de ambos trastornos se ha visto aumentada en un 25% a nivel mundial. (OMS, 2022). La ansiedad desarrollada durante este periodo se verá asociada a las condiciones de salud, esto significa que cuando aparezcan las primeras manifestaciones corporales, esta se interpretaría como el síntoma de la enfermedad a la que se le teme, generando al sujeto creencias disfuncionales acerca de la salud y la enfermedad, así como malos mecanismos adaptativos (Huarcaya, 2020).

A inicios de la pandemia Broche-Pérez, Fernández-Castillo y Reyes (2020) realizaron una lista de los estresores que durante este periodo generaron un impacto negativo emocional en la población, entre los que destacan la duración de la cuarentena, el miedo a la infección propia o de familiares, la frustración, el aburrimiento, el confinamiento, la pérdida de las rutina diaria, la reducción del contacto social, el miedo a no abastecerse adecuadamente, el no tener acceso a medicamentos, la desinformación, problemas financieros y el rechazo social.

Con base en los planteamientos anteriores, debemos considerar la magnitud de este fenómeno sin precedentes debido a que hay poca información acerca de su nivel de impacto. Por lo tanto, surge la importancia de tener datos que reflejen el estado emocional de la población post pandemia de COVID 19.

## Método

El estudio es de tipo transversal no experimental, la muestra fue de 215 mexicanos, 163 mujeres y 52 hombres que van de los 18 a los 63 años, a través de un muestreo no probabilístico.

### Instrumentos:

Short Form 12 Health Survey (Validado en latinoamérica, Ramírez-Velez, Agredo-Zuñiga y Jerez-Valderrama, 2010): usado para obtener la percepción de salud en poblaciones. Cuenta con una  $\alpha=0,7$ . Está compuesto por 12 ítems en forma de escala likert con un número de opciones de respuesta que va de 3 a 6 en algunos casos.

Escala de experiencias positivas y negativas (SPANE) (Validado en latinoamérica, Carmona-Halty y Villegas-Robertson, 2017): Esta prueba se utiliza para conocer el bienestar subjetivo, de tipo afectivo en la población. Se encuentra subdividido en dos subescalas SPANE-P a su vez dividida en ítems generales (buenos, positivos, agradables) y específicos (felices, de satisfacción y alegría) y SPANE-N igualmente dividida en dos, los ítems generales (malos, negativos, de enfado) y específicos (tristes, de miedo y enfado). Cuenta con una alfa de Cronbach para su subescala SPANE-P de  $\alpha=0.92$  y para su subescala SPANE-N de  $\alpha=0.83$ .

Brief COPE- abreviado (Validado en Latinoamérica, Reich, Costa-Ball y Remor, 2016): Es un instrumento de autoinforme que evalúa las estrategias de afrontamiento empleadas, y consta de 24 ítems con un formato de respuesta de escala tipo Likert de cuatro puntos. Este instrumento cuenta con una  $\alpha=0.78$ .

Se divide en tres factores: Afrontamiento focalizado en el problema que incluye: afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y crecimiento personal; afrontamiento focalizado en la emoción: utilización de apoyo instrumental y emocional, enfocado en sus propias emociones; afrontamiento por evitación: distanciamiento conductual y mental, negación y humor.

Escala de Felicidad Subjetiva (Validada en Latinoamérica, Vera-Villaroel, Celis-Atenas y Córdova-Rubio, 2011) : Esta prueba evalúa un bienestar psicológico general a través de 4 ítems. Esta prueba en su versión en español tiene una alfa de Cronbach en adultos de  $\alpha=.73$ , en universitarios de  $\alpha=.76$  y en adolescentes de  $\alpha=.87$ .

Escala de Ansiedad Pandémica (Jiménez-Flores, Flores-Herrera, Gómez-Roque y Corona-Márquez, 2022): Instrumento formado por 31 reactivos en formato de escala Likert con cuatro opciones de respuesta que van de cero a tres, cuenta con una  $\alpha=0.937$  y se encuentra conformado por 5 factores: ansiedad pandémica, miedo al COVID, respuestas conductuales, medidas de seguridad compulsiva, el último factor solo está compuesto por dos reactivos, por lo que no cumple los criterios para considerarse un factor, los reactivos son: Me lavo constantemente las manos al grado de lastimar mi piel y me causa temor que me juzguen por salir a trabajar durante la pandemia.

Además de que se realizó la siguiente serie de preguntas acerca de la forma en que vivieron los participantes durante el confinamiento por Covid-19.

¿Ha estado confinado durante la pandemia?

¿Ha tenido COVID-19?

¿Tiene secuelas de la enfermedad de COVID-19? ¿Cuáles?

¿Ha fallecido algún familiar o amigo suyo por Covid-19?

Indique con quién ha vivido durante la pandemia.

Indique cómo es su relación familiar.

¿Ha recibido atención psicológica durante la pandemia?

¿Considera que ha surgido algo positivo para usted de este tiempo en pandemia?

Describa, qué aspecto positivo ha surgido de la pandemia.

### Resultados

De la muestra total un 80.9% se encontró confinado debido a la pandemia, también se encontró que de la muestra el 52.1% contrajo Covid-19 y el 20.9% aún presenta secuelas, entre las que destacan más el cansancio y dolor corporal. También se encontró que un 60.5% sufrió la pérdida de un familiar debido a la pandemia.

El 50.2% de la muestra vivió durante este tiempo con sus padres, seguido por el 27% que vivió con pareja e hijos, el 7.4% vivió con hermanos, el 7.0% con hijos, el 6% solo con pareja, el 1.9% vivió solo y el 0.4% vivió con amigos. El 77.2% de la muestra describe la relación con su familia como buena, el 20.5% cómo regular, el 1.9% como mala y el 0.5% como muy mala.

Solo un 27.4% de la muestra indica que recibió algún tipo de atención psicológica durante la pandemia.

Un 79.1% de la población considera que de la pandemia surgió algo positivo. El 27% indica que pudo trabajar en sí mismo, el 24.7% el 24% refiere la mejora en la unidad y convivencia familiar, el 11.6% indica un mejor desarrollo personal, el 6.5% pudo tener un mayor aprecio a la vida, el 5.6% obtuvo una mejora en su empleo, el 2.3% tuvo una oportunidad de emprender y el 1.4% pudo cultivar su espiritualidad. El 20.9% no considera que algo positivo haya podido surgir de la pandemia.

La tabla 1 muestra las medias de las respuestas del Short Form 12 Health Survey, donde la media más alta fue de 3.67 correspondiente al reactivo 1, las medias más bajas corresponden a los reactivos 4 ( $x=1.64$ ), 6 ( $x=1.53$ ) y 7 ( $x=1.57$ ).

La tabla 2 corresponde a los estadísticos descriptivos de la prueba SPANE, los ítems con una media mayor son Feliz ( $x=2.93$ ), Alegre ( $x=3$ ), Contento ( $x=2.95$ ) y Bien ( $x=2.96$ ). Por el contrario, los ítems con media más baja fueron Asustado ( $x=1.09$ ), Desagradable ( $x=1.27$ ) y Mal ( $x=1.21$ ).

La tabla 3 corresponde a la Escala de Felicidad Subjetiva, los tres primeros ítems presentan medias similares; el primero de 7.96, el segundo de 7.26 y el tercero de 7.07. El cuarto difiere mucho de los primeros pues su media es de 4.26.

La tabla 4 corresponde a los resultados de la escala COPE con respecto al total de la muestra, en estos las medias más grandes corresponden a los factores Aceptación ( $x=3.86$ ), Afrontamiento activo ( $x=3.34$ ), Planeación ( $x=3.25$ ) y Reformulación Positiva ( $x=3.11$ ). Asimismo, los factores con las medias más bajas fueron Uso de sustancias ( $x=.53$ ), desvinculación ( $x=1.06$ ) y negación ( $x=1.09$ ).

En la escala de ansiedad pandémica (Tabla 5), destacó la media del reactivo 10 ( $x=1.70$ ), mientras que los reactivos más bajos fueron el 21 ( $x=0.25$ ) y el 22 ( $x=0.29$ ).

## Discusión

La idea principal de este estudio es el describir el impacto emocional post pandemia de COVID 19, lo que permitió observar algunas manifestaciones de comportamientos psicológicos y conductuales que aparecen en este periodo.

La mayor parte de la muestra se mantuvo confinada debido a la pandemia, y poco más de la mitad de la muestra contrajo la enfermedad. Más de la mitad de la muestra sufrió la pérdida de un familiar, circunstancias que generan un coste mental si lo contrastamos con lo referido en la literatura.

Por otro lado, influye el hecho de que la mayor parte de la muestra se encontró viviendo con por lo menos una persona durante el confinamiento e igual casi todos los participantes describen la relación con sus familiares como buena o regular, generando así una medida de apoyo al poder contar con una red de apoyo durante este tiempo.

Según los datos obtenidos por el Short Form 12 Health Survey los participantes en general perciben tener una salud entre regular o buena, según la media estadística, también destaca que durante el confinamiento refieren no haber dejado de hacer cosas que ellos querían, siguiendo la mayoría de sus actividades de forma normal.

A partir de los resultados de la prueba SPANE se puede observar que la mayor parte de los participantes tuvieron experiencias emocionales placenteras, mientras que por las relacionadas al miedo, ansiedad o desagrado fueron mínimas. Las experiencias emocionales relacionadas al enojo se mantuvieron en un punto medio.

De la Escala de Felicidad General se pudo observar que la muestra está en un nivel frecuente de felicidad, al haber obtenido medias aceptables para los estándares de la prueba.

Por otra parte, de la Escala COPE se pudo obtener que los métodos de afrontamiento predominantes fueron el de aceptación, afrontamiento activo, planeación y reformulación positiva. Lo cual concuerda con los datos obtenidos por pruebas como el SPANE y la respuesta de la muestra a la pregunta: ¿Considera que ha surgido algo positivo para usted de este tiempo de pandemia?

Poco más de una cuarta parte de los participantes refirieron recibir apoyo psicológico durante este periodo, situación que corresponde con los resultados presentados por las pruebas psicométricas, donde la muestra no presentó una merma psicológica significativa, teniendo en su mayoría experiencias que pudieron contribuir de manera positiva en algún rubro y las ayudaron a crecer. Así mismo casi el 80% de la muestra pudo obtener algo valioso de este periodo.

La conducta que más se manifestó según la escala de ansiedad pandémica fue la preocupación de que algún ser querido enferme o vuelva a enfermarse de Covid-19. Por el contrario, la conducta menos manifiesta corresponde a “no salgo de mi casa por miedo a ser rechazado/ por ser expuesto a COVID19” y “Me siento enfermo al escuchar que hablan de COVID”.

### Conclusiones

En términos generales, la literatura nos indica que las condiciones de vivienda en las que se vivió durante la pandemia, generarían un coste mental importante, sin embargo, la evidencia arrojó que si bien, un porcentaje mínimo de los participantes si amerita asistir con un profesional a recibir apoyo emocional, la mayor parte no tuvo un impacto tan grande en su situación emocional. Esto puede deberse a que tenían buenas relaciones con su familia y no se encontraban solos durante este periodo, a los métodos de afrontamiento con los que suelen enfrentarse a las situaciones que se les presentan o alguna otra razón que se haya omitido durante esta investigación.

### Referencias

- Carmona-Halty, M. & Villegas-Robertson, J. (2018). Escala de experiencias positivas y negativas (SPANE): Adaptación y validación en un contexto escolar chileno. *Interciencia*, 43 (5), 317-321
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 37(2), 327-334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Jiménez-Flores, J., Flores-Herrera, L., Gómez-Roque, J. y Corona- Márquez, B. (2022).

Análisis factorial de síntomas de ansiedad durante la pandemia COVID-19: Indicadores en población adulta. En A. Baltazar-Ramos (Ed.), *Intervenciones Psicológicas. Búsqueda y descubrimientos* (pp. 99-117). UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

DOI:10.1016/j.anyes.2017.10.002

Narváez, J., Obando-Guerrero, L., Hernández-Ordoñez, K., & Cruz-Gordon, E. (2021).

Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento frente a la COVID-19 en universitarios. *Universidad y Salud*, 23(3), 207-216. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.234>.

Nicolini, H. (2021). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19.

*Cirugía y cirujanos*, 88 (5), 542-547. <https://doi.org/10.24875/ciru.m20000067>

Organización Mundial de la Salud. (2022). La pandemia de COVID-19 aumenta en un 25% la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo.

Reich, M., Costa-Ball, C. & Remor, E. (2016). Estudio de las propiedades

psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34 (3).

Ruiz, A., Díaz, K., Zaldívar, D. (2020). La psicología como ciencia y profesión en el afrontamiento del COVID-19. *Revista Caribeña de Psicología*, 4 (2), 153-165

Vera-Villaroel, P., Celis-Atenas, K., y Córdova-Rubio, N. (2011). Evaluación de la

Felicidad: Análisis Psicométrico de la Escala de Felicidad Subjetiva en Población Chilena. *Terapia psicológica*, 29 (1), 127-133.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de la prueba Short Form 12 Health Survey,

Reactivo	N	Rango	Mínimo	Máximo	Mediana	D.E
En general, usted diría que su salud es:	214	4	1	5	3.67	.838
Esfuerzos moderados como mover una mesa,	215	2	1	3	2.77	.475

pasar la aspiradora, practicar un deporte o caminar más de una hora.						
Subir varios pisos por la escalera	215	2	1	3	2.60	.561
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	215	1	1	2	1.64	.481
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	215	1	1	2	1.70	.458
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por un problema emocional?	215	1	1	2	1.53	.501
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	215	1	1	2	1.57	.496
Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	215	3	1	4	1.89	.965
Se sintió calmado y tranquilo	215	5	0	5	2.99	1.20
Tuvo mucha energía	215	5	0	5	2.84	1.18

Se sintió desanimado y triste	215	5	0	5	1.82	1.13
¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares), durante las 4 últimas semanas?	215	5	0	5	1.41	1.23
N válido (por lista)	214					

Tabla 2

Estadísticos descriptivos SPANE

Reactivo	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	D.E
Feliz	213	4	0	4	2.93	.921
Triste	215	4	0	4	1.48	1.187
Asustado	215	4	0	4	1.09	1.200
Alegre	215	4	0	4	3.00	.889
Enfadado	215	4	0	4	1.80	1.121
Contento	215	4	0	4	2.95	.958
Agradable	215	4	0	4	2.88	.954

Desagradable	215	4	0	4	1.27	1.153
Positivo	215	4	0	4	2.77	.991
Negativo	214	4	0	4	1.36	1.240
Bien	215	4	0	4	2.96	.919
Mal	215	4	0	4	1.21	1.110
N válido (por lista)						

Tabla 3  
Estadísticos descriptivos Escala de Felicidad General

Reactivo	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	D.E
En general, me considero a mí mismo/a:	215	8	2	10	7.96	1.661
Al compararme con el resto me considero	215	9	1	10	7.26	2.335
Algunas personas son muy felices. Disfrutan de la vida sin importarles lo que ocurra. ¿En qué grado cree que esto le pasa a usted?	215	9	1	10	7.07	2.419
Algunas personas NO son muy felices. ¿En qué grado cree que le pasa a usted?	215	9	1	10	4.26	2.725
N válido (por lista)	215					

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de prueba Brief-COPE

Reactivo	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	D.E
Afrontamiento Autodistracción	215	5	0	5	2.11	1.235
Afrontamiento Activo	214	6	0	6	3.34	1.541
Afrontamiento Negación	215	6	0	6	1.09	1.225
Afrontamiento Uso de sustancias	215	4	0	4	.53	.985
Afrontamiento Uso de apoyo emocional	215	6	0	6	2.81	1.442
Afrontamiento Conducta de retiro/desvinculación	215	5	0	5	1.06	1.130
Afrontamiento Desahogo	215	6	0	6	2.35	1.194
Afrontamiento Reformulación positiva	215	6	0	6	3.11	1.545
Afrontamiento	214	6	0	6	3.25	1.527

Planeación						
Afrontamiento	215	6	0	6	1.75	1.532
Humor						
Afrontamiento	215	6	0	6	3.86	1.397
Aceptación						
Afrontamiento	215	6	0	6	1.91	1.720
Religión						
N válido (por lista)	213					

Tabla 5  
Estadísticos descriptivos Escala Ansiedad Pandémica

Reactivo	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	D.E
Me preocupa pensar que la pandemia nunca terminará.	215	3	0	3	.99	.843
Pienso constantemente que me he contagiado	215	3	0	3	.74	.759
Salir de casa por razones indispensables me causa mucho miedo	215	3	0	3	.49	.723
Cuando salgo de casa me aseguro de mantenerme lejos de los demás.	215	3	0	3	1.31	.869

---

Siento palpitaciones aceleradas y muy fuertes debido a la pandemia.	215	3	0	3	.40	.682
Me inquieta pensar que si enfermo de COVID no me curaré.	215	3	0	3	.58	.821
Pienso que una mascarilla no es suficiente	215	3	0	3	.73	.848
Creo que me será muy difícil volver a tener contacto físico con las personas después de la pandemia.	215	3	0	3	.62	.799
Pensar en la pandemia me agobia.	215	3	0	3	.78	.801
Me preocupa mucho que algún ser querido enferme	215	3	0	3	1.70	.994
Me lavo constantemente las manos hasta el extremo de hacerme daño en la piel.	215	3	0	3	.40	.761
Me preocupa usar el transporte público.	215	3	0	3	1.04	.990
Me causa temor que me juzguen por salir a trabajar durante la pandemia.	215	3	0	3	.31	.669
Entro en crisis al encontrarme en la calle con personas sin mascarilla.	215	3	0	3	.74	.909
Me siento intranquilo(a) cuando escucho o leo noticias sobre COVID 19	215	3	0	3	.80	.814
Me siento intranquilo(a) a pesar de confirmar que las personas que vienen a mi casa cumplen con las medidas de higiene.	215	3	0	3	.75	.918

---

Cuando toso o estornudo pienso que los demás creen que tengo COVID.	215	3	0	3	1.10	.937
Siento que pierdo el control sobre mí cuando escucho a alguien toser o estornudar.	215	3	0	3	.53	.715
En la pandemia he estado más irritable.	215	3	0	3	1.27	.870
Tengo pensamientos recurrentes de qué un ser querido va a morir de COVID.	215	3	0	3	.54	.818
No salgo por miedo a ser rechazado/a por exponerme al COVID19.	215	3	0	3	.25	.531
Me siento enfermo/a al escuchar que hablan de COVID	215	3	0	3	.29	.574
Desde que comenzó la pandemia mi horario de sueño se ha alterado.	215	3	0	3	1.29	.982
Pienso que bajo ningún concepto debo tocar objetos en zonas públicas.	215	3	0	3	.87	.842
Creo que los demás controlan que siga correctamente las medidas de seguridad.	215	3	0	3	.71	.849
Me siento nervioso desde que comenzó la pandemia.	215	3	0	3	.84	.747
Durante la pandemia me he sentido más cansado de lo normal.	215	3	0	3	1.20	.922
Me angustia tocar objetos o superficies	215	3	0	3	.71	.843

---

Desde que empezó la pandemia he notado que me cuesta más trabajo concentrarme.	215	3	0	3	1.05	.961
Tengo pensamientos recurrentes de qué he estado cerca de personas con COVID	215	3	0	3	.69	.754
Mi tensión muscular aumenta cuando oigo hablar de COVID 19	215	3	0	3	.45	.687
<hr/>						
N válido (por lista)	215					
<hr/>						

## Aprendizaje de habilidades socioemocionales en preescolares durante la pandemia: Una propuesta de intervención a distancia

Myriam de Luna Jiménez. México. Junio 2023

### Resumen

La pandemia por COVID-19 hizo necesario el cierre de escuelas y el establecimiento de una modalidad de educación a distancia durante más de un ciclo escolar, esto generó fuentes de estrés en los niños y limitó la posibilidad de interactuar con sus pares, acceder a espacios de juego y practicar habilidades sociales fuera del entorno familiar. Esta investigación tuvo como propósito describir la implementación de un programa de intervención para favorecer el aprendizaje de habilidades sociales en niños de edad preescolar en una modalidad a distancia utilizando como método el estudio de caso. El programa se realizó en 12 sesiones semanales con 21 niños de tercer año de preescolar de entre 4 y 5 años ( $M= 5.2$  años  $DE =3.7$ ) de un jardín de niños de la CDMX con el objetivo de favorecer la identificación, expresión y regulación de emociones. Se encontró que fue posible adecuar actividades lúdicas a la modalidad de aprendizaje a distancia para conseguir los objetivos propuestos y que la participación de los padres como mediadores y el rol de los facilitadores se reportaron como aspectos clave en la intervención. Se discuten los elementos de proceso y contenido del programa que favorecieron la implementación del programa en modalidad a distancia. El estudio aporta evidencia para realizar intervenciones de este tipo en condiciones en donde no se pueden ejecutar de forma presencial.

Palabras Clave: Aprendizaje socioemocional, intervención a distancia, COVID-19, desarrollo socioemocional.

### Introducción

En México, los centros educativos cerraron de marzo de 2020 a septiembre de 2021 debido a la pandemia por COVID-19 implicando que niños, niñas y adolescentes dejaran de asistir a clases presencialmente y se adaptaran a una nueva modalidad de aprendizaje a distancia.

Las medidas de distanciamiento social recomendadas por la Organización Mundial de la Salud [OMS] limitaron la interacción de los niños con personas fuera del núcleo familiar impactando directamente su desarrollo socioemocional (World Health Organization, 2020). Aunado a ello, los niños estuvieron expuestos a diversas fuentes de estrés lo que representó un riesgo a su salud y bienestar emocional (Center on the Developing Child, 2020). Ante tal panorama, se consideró importante atender a este sector de la población ofreciendo programas de apoyo orientados a favorecer habilidades socioemocionales

Durante la edad preescolar, las niñas y niños presentan una evolución en el desarrollo socioemocional gracias a la maduración cerebral y la interacción social, lo cual les permite practicar sus habilidades de empatía, solución de problemas y autorregulación. El lenguaje y el juego cobran un papel relevante en la expresión y manejo de las emociones en edades tempranas (Landy, 2009) de tal forma que se considera una herramienta elemental para el aprendizaje de habilidades socioemocionales.

Se ha recomendado incorporar al currículo asignaturas asociadas al aprendizaje de habilidades socioemocionales (Bodrova & Leong, 1996) definido de acuerdo a la organización Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning [CASEL] como “el proceso mediante el cual se adquieren y aplican los conocimientos, las habilidades y las actitudes para desarrollar identidades saludables, manejar las emociones y lograr metas personales y colectivas, sentir y mostrar empatía por los demás, establecer y mantener relaciones de apoyo, y tomar decisiones responsables y afectuosas” (CASEL, 2020 párr.1). En México, la Secretaría de Educación Pública [SEP] ha integrado a la currícula de educación básica cinco dimensiones socioemocionales como parte de los aprendizajes clave para la formación integral. En educación preescolar, no se designa un tiempo específico para el trabajo de dichas habilidades, solo se sugiere que se refuercen de forma continua. (Secretaría de Educación Pública, 2020).

Hay evidencia del efecto de intervenciones de aprendizaje social y emocional (SEL por sus siglas en inglés) en el éxito académico, la conducta prosocial y en la reducción de conductas agresivas en edad preescolar (Murano et al., 2020). Se reporta que los programas basados en la evidencia (Barnett et al., 2008), integran las categorías de habilidades socioemocionales definidas por CASEL (2020) dentro de su contenido y utilizan en sus procedimientos técnicas basadas en la teoría del aprendizaje social (White et al., 2017). Se ha identificado que la intervención se enfoca en trabajar la identificación de emociones, solución de problemas, conciencia emocional, juego colaborativo, cooperación social, autorregulación emocional y conductual e identidad positiva y utilizan procedimientos similares como: ofrecer un ambiente de apoyo durante la intervención, involucrar a los padres, estrategias didácticas atractivas y facilitar el involucramiento del niño (Bisquerra Alzina, 2003; Murano et al., 2020).

Los programas para el aprendizaje de habilidades socioemocionales regularmente se ofrecen de forma presencial, en el aula escolar, como actividad extracurricular o en casa para los casos que involucran el entrenamiento a padres y actividades en el hogar y se reporta una mayor efectividad cuando un investigador entrenado imparte el programa a cuando lo ofrece el docente o el padre de familia (Murano et al., 2020). Sin embargo, no se tienen precedentes de adaptaciones de este tipo de programas a modalidades de aprendizaje a distancia.

Este trabajo buscó describir la implementación de una intervención a distancia enfocada a favorecer el aprendizaje de habilidades socioemocionales de niños y niñas en edad preescolar en el contexto de la pandemia por COVID-19. De manera específica, la intervención tiene como objetivo favorecer la identificación, expresión y regulación de emociones en los niños de edad preescolar.

Se conceptualizó el aprendizaje social y emocional (SEL) desde la perspectiva de CASEL (2020) y se consideró la perspectiva histórico cultural desde la cual el aprendizaje y desarrollo emocional están estrechamente relacionados y el rol del adulto como mediador cobra relevancia (Bodrova & Deborah, 1996; White & Walker, 2018).

Se cuestionó si era posible adaptar a una modalidad a distancia un programa de intervención para el aprendizaje de habilidades socioemocionales en niños de edad preescolar y si las estrategias didácticas diseñadas y los procedimientos utilizados en la intervención a distancia favorecían la identificación, expresión y regulación de emociones. Asimismo, se buscó identificar las dificultades presentadas en la implementación de una intervención de este tipo.

#### Método

Se utilizó un enfoque de estudio de caso descriptivo para entender la complejidad y particularidad de un fenómeno (Tight, 2010; R. K. Yin, 2013) buscando describir una intervención que respondió a la demanda generada por la pandemia (Yin, 2014). El estudio cobra relevancia ya que pretende ofrecer una comprensión desde un caso específico de la labor que se ha realizado durante el cierre de escuelas por trasladar el aprendizaje en una modalidad a distancia.

#### Participantes

La intervención se realizó como parte de las prácticas para-profesionales de la Licenciatura en Psicología de una Universidad privada en México. Se trabajó en colaboración con un jardín de niños privado de la Ciudad de México atendiendo a 21 participantes (9 niñas y 12 niños) de entre 4 y 5 años con una edad media de 5 años 2 meses ( $DE=3.7$ ). El 80% de los niños recibían apoyo de alguno o ambos padres para conectarse a las sesiones, mientras que el 20% referían contar con el apoyo de otros familiares como abuelos o tías. La mayoría de los niños tenían acceso a las sesiones a través de una computadora (12), mientras otros lo hacían con una tableta (6) o con un teléfono móvil (3). Se contó con una asistencia promedio de 86% de los participantes durante la intervención. Los facilitadores del programa se conformaron por una coordinadora y ocho estudiantes de la carrera de psicología que fueron entrenados previamente.

#### Descripción del programa

Se llevaron a cabo 12 sesiones semanales de 50 minutos realizadas a distancia a través de Zoom de septiembre a noviembre de 2020. Los padres de familia y autoridades de la escuela fueron informados sobre las actividades a realizar y recibieron un consentimiento informado. Las sesiones fueron dirigidas y supervisadas por la investigadora principal y los facilitadores quienes realizaban actividades con los niños en pequeños grupos. Las sesiones se planearon previamente con el objetivo de favorecer la identificación, expresión y regulación de emociones y se denominó al programa “Taller de emociones”. Se realizaban actividades lúdicas que incluían videos interactivos, presentaciones que se compartían en la pantalla y que favorecían la interacción con los niños y finalmente se realizaba una actividad grupal de despedida. Se buscó adecuar las

actividades para que se realizaran fácilmente y que no implicaran el uso avanzado de la tecnología, asimismo se procuró utilizar un mínimo de material que los niños tuvieran en casa. Al finalizar las sesiones, se compartían con las familias actividades que podían realizar en casa para reforzar los temas abordados semanalmente. Se ofreció a los padres orientación sobre la importancia de la educación socioemocional y la autorregulación en la edad preescolar en el contexto de la pandemia a través de videos a fin de involucrar a la familia en el trabajo realizado. Se presentaron mínimas dificultades técnicas principalmente fallas en la conectividad o en la transmisión de los materiales que se resolvieron fácilmente.

#### Recolección de datos

Se utilizó un cuestionario inicial para obtener la información sociodemográfica de los menores, información obtenida de las reuniones de supervisión semanales registrada a través de una bitácora, los diarios de campo elaborados por los facilitadores en los que se llevaba un registro descriptivo de las observaciones de cada sesión en donde se incluían las conductas observadas y se realizaba un cotejo de estas de acuerdo con los objetivos específicos para cada sesión y la retroalimentación de la directora académica de la institución quien fungía como observador durante las sesiones y ofrecía comentarios al equipo de trabajo durante las sesiones de supervisión. Finalmente, se envió un breve cuestionario de evaluación a los padres de familia.

#### Análisis de datos

Se utilizó la triangulación de fuentes ya que se compararon las perspectivas de los facilitadores, la directora de la escuela, la supervisora y los padres de familia para identificar coincidencias y divergencias. Patton (1999). Se realizó un análisis temático del contenido siguiendo la propuesta de Braun y Clarke (2006). Se solicitó a cada facilitador analizar la información obtenida de los diarios de campo, posteriormente se compararon los datos de los diarios de campo de los facilitadores y se realizó una primera codificación en donde se identificó la información relacionada con las preguntas de investigación. Se agruparon los códigos iniciales en categorías y se integró la información de los registros de supervisión analizados de manera similar. Las categorías se etiquetaron y se elaboró una interpretación de cada una a partir de los fundamentos teóricos revisados inicialmente (Braun & Clarke, 2006; Patton, 1999; R. Yin, 2014)

#### Resultados

Las categorías se agruparon en dos, las relativas al proceso de intervención y las relativas al contenido de las sesiones.

Proceso de intervención. Se identificaron cuatro categorías denominadas: participación, relación con los facilitadores, adecuación de las actividades en la modalidad a distancia y participación de los padres.

Participación. Los niños asistieron de manera regular al taller, la participación de los niños fue progresando conforme el taller avanzó. Los registros indicaron que conforme transcurrían las sesiones, los niños se observaban familiarizados con las actividades, reconocían a los facilitadores y tenían más confianza para compartir experiencias personales. Se observaron diferencias individuales en los niños ya que algunos participaban más en los grupos pequeños. Los menores pudieron realizar la mayoría de las actividades planeadas, se observaron diferencias en la atención a las instrucciones y las actividades planeadas cuando había un adulto apoyando que cuando se encontraban solos. La atención también disminuía cuando debían esperar su turno o que los demás terminaran las actividades, provocando que se levantaran de su lugar, tomaran materiales o que miraran a otro lado. Una dificultad reportada fue el establecimiento del encuadre ya que no se podían controlar los distractores que tuvieran en casa. Finalmente se reportó mayor entusiasmo en aquellas actividades que involucraban juego y movimiento que en aquellas en las que permanecían pasivos observando material audiovisual.

Relación con los facilitadores. La relación entre los niños y los facilitadores se identificó como un elemento que favoreció la intervención y que progresó a lo largo del taller. Los niños compartían experiencias cotidianas que iban acompañadas por preguntas que hacían a los facilitadores y que fortalecían la relación. Se realizaron acciones que favorecieron el vínculo como festejar los cumpleaños, utilizar muñecos que facilitaban la interacción, el uso de disfraces y la repetición de actividades significativas. En la sesión final los niños expresaron gratitud por las actividades realizadas, expresaron sentirse felices por haber participado en el taller y recordaron diferentes momentos que consideraron significativos. Por otro lado, los facilitadores reportaron que fue posible establecer un vínculo afectivo con los niños a pesar de estar en modalidad a distancia.

Adecuación de las actividades a la modalidad a distancia: Las actividades que implicaban indicaciones de movimiento y juego de simulación eran evaluadas de forma positiva, como la elaboración de una fortaleza de almohadas para “escondarse del monstruo”, esconder juguetes en la habitación y actividades en las que se podía interactuar con recursos digitales como el memorama, la ruleta o el dibujo en el pizarrón digital.

Participación de los adultos. Se identificó que la participación de los adultos que apoyaban a los niños fue un elemento que benefició a la intervención. Se observó buena disposición de los cuidadores para facilitar el trabajo, de tal manera que se adaptaron actividades para involucrarlos. Los adultos apoyaban a los niños en aquellos casos en donde se frustraban. En contraste, aquellos niños que expresaban estar solos perdían más fácilmente la atención o requerían de un apoyo directo de los facilitadores.

### Contenido de las sesiones

Se crearon cuatro categorías relacionadas con el contenido de la intervención denominadas: identificación, expresión, regulación de emociones y emociones en acción.

**Identificación de emociones.** Durante las primeras sesiones se trabajaron actividades orientadas a que los niños relacionaran las emociones básicas con las reacciones físicas, los gestos faciales, el tono de voz y las conductas de cada una. Los niños estaban familiarizados con las emociones básicas, pero mostraban mayor dificultad con emociones más complejas como vergüenza, calma o preocupación. Podían diferenciar imágenes que presentaban gestos faciales de diferentes emociones y reconocían el nombre correctamente, así como las sensaciones corporales de cada emoción. Asimismo, podían relacionar experiencias personales con las emociones y compartirlas en grupo. En contraste se reportó que algunos niños mostraron dificultad para identificar y expresar emociones principalmente negativas.

**Expresión de emociones.** A lo largo de las sesiones, la mayoría de los niños pudieron compartir experiencias utilizando la frase “yo me siento...”. Se describieron experiencias asociadas a las emociones básicas. Otras emociones que los niños hicieron referencia fueron vergüenza, calma y sorpresa. Se observó que pudieron asociar conductas a través de las cuales se pueden expresar las emociones como los abrazos, la risa, los gritos o el llanto, reconociendo qué conductas eran positivas y cuales no como pegar cuando se está enojado.

**Regulación de emociones.** Las últimas cuatro sesiones del taller se dedicaron a trabajar en estrategias para la regulación de emociones, se practicaron actividades de respiración y relajación y se comentó en las sesiones distintas formas de manejar las emociones.

**Emociones en acción.** Se denominó así a la categoría para reportar situaciones en las que los niños expresaban alguna emoción durante la sesión y que permitían abordar el tema a pesar de que no estuviera planeado. Por un lado, se identificaron situaciones en las que se observaban reacciones positivas y negativas y se tenía la oportunidad de comentar en grupo, una de las facilitadoras refirió: “te ves muy feliz”, otro le comentó a un niño “parece que estás triste, si necesitas platicar con nosotros aquí estamos”. Asimismo, ocurrieron situaciones en las que los niños se frustraban o se observaban tristes y requerían apagar la cámara. Dichos eventos se aprovecharon para discutir sobre estrategias de regulación.

### Evaluación de la intervención

Los registros semanales indicaron un progreso en el comportamiento de los niños, a medida que avanzaba el taller eran capaces de integrar la información sobre el manejo de las emociones en sus comentarios y respuestas. Se identificó que las situaciones en las que los niños se frustraban o se observaban tristes podían resolverse más rápido utilizando las estrategias enseñadas. Los padres de familia confirmaron que gracias a lo aprendido en el taller los niños podían resolver situaciones difíciles. La directora afirmó que observó una mayor regulación por parte de los niños en otras

clases. En la encuesta aplicada a los padres al finalizar el programa se reportó que las familias estuvieron completamente de acuerdo (78.6% ) y de acuerdo (21.4%) en que el taller cubrió con sus expectativas, 85.7% de las familias consideró que su hijo se benefició y 71.4% consideró que habían notado cambios en la capacidad de identificar y expresar emociones a partir de que inició el programa.

### Discusión

A pesar del reto que representó la adaptación a la modalidad a distancia de un programa para desarrollar habilidades socioemocionales en niños de edad preescolar, los resultados obtenidos demuestran si fue posible realizar la intervención. Los elementos que permitieron implementar el taller fueron la asistencia y participación de los niños, la relación con los facilitadores y la participación de los padres como mediadores. En este sentido, la literatura reporta que uno de los moderadores del éxito de este tipo de intervenciones es la persona que facilita la intervención, reportándose mayor tamaño en el efecto cuando los maestros y los padres refuerzan las habilidades aprendidas en su respectivo escenario (Murano et al., 2020). Lo que se consiguió en la intervención gracias a que se realizó a distancia, fue que la participación de los padres en casa facilitara el aprendizaje de los niños ya que no solo fueron un apoyo en el uso de las herramientas digitales, sino que ayudaban a mantener la atención de los niños, favorecían la participación y eran figuras de contención cuando ocurría alguna situación que generaba frustración o tristeza en los niños. Por tanto, los resultados encontrados en este estudio coinciden con lo reportado al señalar que el involucramiento parental y el reforzamiento en casa son factores que impactan en este tipo de intervenciones (Murano et al., 2020; White & Walker, 2018) y da la posibilidad de explorar más a futuro acerca del rol del padre como mediador y co-facilitador en intervenciones a distancia.

En cuanto a la relación entre los facilitadores y los niños se puede decir que la modalidad a distancia no fue un obstáculo para impartir el taller, facilitar la participación y ofrecer un ambiente de apoyo en el que se sintieran en confianza para expresarse. Una dificultad reportada fue la imposibilidad de marcar límites como se haría de manera presencial, sin embargo, el encuadre marcado en el que se establecían turnos para la participación, momentos de escucha y juego se pudo realizar a pesar de la distancia. Este elemento identificado como los recursos del facilitador por White y Walker (2018) es también considerado como un factor que contribuyó a la consecución de los objetivos de la intervención ya que fue posible que los facilitadores promovieran competencias socioemocionales en los niños demostrando interés por ellos, respeto y empatía y favoreciendo un clima cálido y de confianza a través de la relación, lo que demuestra que es posible construir una relación afectiva que promueva el desarrollo de habilidades en una modalidad de aprendizaje a distancia tal como ha sido reportado en intervenciones tradicionales (Humphrey & Olivier, 2014; Roorda et al., 2011)

Otro elemento identificado como clave fue la adaptación de actividades lúdicas que regularmente se practican en las intervenciones presenciales (White et al., 2017) a la modalidad a distancia. Se identificó fue posible diseñar actividades lúdicas que incluyeran las características esenciales del

juego (Liu et al., 2017). Uno de los hallazgos fue que, entre más oportunidad de utilizar recursos de imaginación y fantasía, los niños parecían involucrarse más a pesar de la distancia. De manera similar a las sesiones presenciales (White et al., 2017), el uso de procedimientos instruccionales como la repetición, el modelamiento, el reconocimiento de las características individuales de los participantes, el uso de muñecos y canciones, así como la discusión guiada se observaron como aspectos que favorecieron el logro de los objetivos. Por otro lado, se observa como una de las dificultades mantener la atención de los niños por periodos más largos y en actividades en donde su participación no es activa.

En cuanto a la posibilidad de que la intervención favoreciera la identificación, expresión y regulación de emociones, no se observa que la modalidad a distancia representara una barrera para que los niños compartieran experiencias. Un elemento diferente fue que los padres podían ofrecer apoyo a los niños recordando situaciones vividas por el niño. Los niños utilizaron el taller para expresar los sentimientos asociados al encierro por la pandemia, así como el miedo a contraer la enfermedad y las experiencias cercanas como la muerte de familiares o contagios de personas cercanas. Esto se considera un resultado positivo porque el taller representó un espacio que no se había ofrecido en otras clases para hablar sobre la experiencia de la pandemia.

### Conclusiones

La adaptación de un programa a distancia para el aprendizaje de habilidades socioemocionales para niños en edad preescolar respondió a una necesidad que el contexto de la pandemia por COVID-19 exigió. Se concluye que es posible realizar una intervención de este tipo consiguiendo los objetivos planteados. Este estudio presenta evidencia que permite considerar la implementación de la modalidad a distancia como opción viable para la intervención con niños en edad preescolar en condiciones en donde no es posible realizarse de manera presencial e indica que es posible darle continuidad al aprendizaje de este tipo de habilidades tan importantes en el desarrollo infantil.

Una de las consideraciones a futuro sería la posibilidad de trabajar en una modalidad híbrida que permitiera un mayor involucramiento de los padres. Una de las limitaciones que se observa en el estudio es que se requiere que las familias cuenten con dispositivos móviles con acceso a internet para conectarse a las sesiones y que, dadas las condiciones de confinamiento, el material que se utilizó se limitó lo más posible a hojas, colores y objetos que tuvieran los niños en casa, así como el apoyo de un adulto.

Como sugerencias de seguimiento, se recomendaría extender la intervención a lo largo del ciclo escolar y aplicar una evaluación final que permitiera el contraste de los resultados con un grupo control.

## Referencias

- Barnett, W. S., Jung, K., Yarosz, D. J., Thomas, J., Hornbeck, A., Stechuk, R., & Burns, S. (2008). Educational effects of the Tools of the Mind curriculum: A randomized trial. *Early Childhood Research Quarterly*, 23(3), 299–313.
- Bisquerra Alzina, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7–43.
- Bodrova, E., & Deborah, L. (1996). *Tools of the mind: a Vygotskian approach to early childhood*. Pearson education.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Qualitative Research in Psychology Using thematic analysis in psychology Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- CASEL. (2020). MARCO DE SEL DE CASEL : principales y dónde se promueven? 4. <https://casel.org/sel-framework/>
- Center on the Developing Child. (2020). How to Help Families and Staff Build Resilience During the COVID-19 Outbreak. 4. [www.developingchild.harvard.edu](http://www.developingchild.harvard.edu)
- Humphrey, K., & Olivier, A. (2014). Investigating the impact of teenage mentors on pre-school children's development: A comparison using control groups. *Children and Youth Services Review*, 44, 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.05.018>
- König, J., Jäger-Biela, D. J., & Glutsch, N. (2020). Adapting to online teaching during COVID-19 school closure: teacher education and teacher competence effects among early career teachers in Germany. *European Journal of Teacher Education*, 43(4), 608–622.
- Landy, S. (2009). *Pathways of competence Encouraging healthy social and emotional development in young children (2nd editio)*. Brookes.
- Liu, C., Solis, S. L., Jensen, H., Hopkins, E., Neale, D., Zosh, J., Hirsh-pasek, K., & Whitebread, D. (2017). *La Neurociencia y el aprendizaje a través del juego : un resumen de la evidencia Índice Introducción*.
- Murano, D., Sawyer, J. E., & Lipnevich, A. A. (2020). A Meta-Analytic Review of Preschool Social and Emotional Learning Interventions. *Review of Educational Research*, 90(2), 227–263
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1189–1208.
- Roorda, D. L., Koomen, H. M. Y., Spilt, J. L., & Oort, F. J. (2011). The influence of affective teacher-student relationships on students' school engagement and achievement: A meta-analytic approach. *Review of Educational Research*, 81(4), 493–529.

- Thomas, J. C., Letourneau, N., Campbell, T. S., Tomfohr-Madsen, L., & Giesbrecht, G. F. (2017). Developmental origins of infant emotion regulation: Mediation by temperamental negativity and moderation by maternal sensitivity. *Developmental Psychology*, 53(4), 611–628.
- Tight, M. (2010). The curious case of case study: A viewpoint. *International Journal of Social Research Methodology*, 13(4), 329–339.
- White, A., Moore, D. W., Flear, M., & Anderson, A. (2017). A thematic and content analysis of instructional and rehearsal procedures of preschool social emotional learning programs. *Australasian Journal of Early Childhood*, 42(3), 82–91.
- White, A., & Walker, S. (2018). Enhancing Social–emotional Development through Evidence-based Resources. *Australasian Journal of Early Childhood*, 43(4), 4–12.
- Whitebread, David & Dave Neale, Jensen, H. C. L. & S. L. S., & Zosh, E. H. & K. H.-P. and J. (2017). El papel del juego en el desarrollo del niño: un resumen de la evidencia. *Revista de Educación Física: Renovar La Teoría y Practica*, 66, 5–42.
- World Health Organization. (2020). Co V I D - 19 Strategy Up Date. Covid-19 Strategy Update, 3(April), 18. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0\\_19](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19)
- Yin, R. (2014). *Case study research: Design and methods* (5th editio). SAGE.
- Zosh, J. M., Hopkins, E. J., Jensen, H., Liu, C., Neale, D., Hirsh-pasek, K., Solis, S. L., & Whitebread, D. (2017). *Learning through play : a review of the evidence* (Issue November).

## **Mesa 12**

Moderadora: Dra. Leticia Ventura Soriano

## **La pandemia y la soledad: el impacto en las habilidades sociales de estudiantes de Guanajuato**

"THE PANDEMIC AND LONELINESS: THE IMPACT ON THE SOCIAL SKILLS OF STUDENTS IN GUANAJUATO"

Juan Pablo Escoto Merino

Universidad de Guanajuato

Nota del Autor:

Juan Pablo Escoto Merino

Universidad de Guanajuato - León, Gto.

Este trabajo fue realizado con la asesoría de la Dra. Eva Paola Arenas Loera

"LA PANDEMIA Y LA SOLEDAD: EL IMPACTO EN LAS HABILIDADES SOCIALES DE ESTUDIANTES DE GUANAJUATO"

Resumen:

Se investigó la relación entre habilidades sociales y soledad por aislamiento social durante la pandemia en estudiantes universitarios, apoyándose en dos instrumentos. La fase de levantamiento de datos se realizó de forma virtual, a diferencia del piloteo, usando muestreo bola de nieve, obteniendo una muestra de 112 participantes, con edad promedio de 21.66 años (DE= 2.703), 24.1% hombres, 75.9% tantas mujeres. Los hallazgos fueron significativos, mostrando que, entre más habilidades sociales, menos percepción de soledad. Los resultados se vieron afectados por la confiabilidad de uno de los instrumentos, por lo que se discute el uso de formularios en el método.

Palabras clave: Adaptación social, Exclusión social, Soledad, Pandemia Covid-19, uso de formularios.

Abstract:

The investigation was based on the relationship between social skills and loneliness due to social isolation during the pandemic in university students, relying on two instruments. The data survey phase was performed in a virtual way, unlike the piloting, using snowball sampling, obtaining a sample of 112 participants, with average age of 21.66 years (SD= 2,703), 24.1% men, 75.9% women. The findings were significant, showing that the more social skills, the less perceived loneliness. The results were affected by the reliability of one of the instruments, so the use of virtual forms in the method is discussed.

Keywords: Social adaptation, Social exclusion, Loneliness, Covid-19 pandemic, use of virtual forms.

El aislamiento se define como la no existencia de un intercambio de pensamiento o afecto por la existencia de un encerramiento, físico, psíquico y mental, asociado, siempre está la falta de libertad (Oñate, 2014). Durante la pandemia se implementaron medidas de prevención para la propagación del contagio de COVID-19. La medida más importante fue la quedate en casa que se basó en un aislamiento voluntario con el fin de evitar su propagación, dando como resultado impartir clases virtuales a todos los niveles educativos. (Gobierno del Estado de Guanajuato, 2020)

Portela y Machado 2022 menciona que (Huaracaya, 2020) dice que el aislamiento social tuvo un efecto positivo ya que disminuyó los contagios, pero tuvo como pauta elementos negativos en cuanto consecuencias psicológicas.

Hernando Pérez (2020) menciona que por la pandemia del covid-19 los jóvenes se han visto obligados a sociabilizar a través de pantallas y dispositivos electrónicos, este problema se ha extendido más allá del confinamiento, pudiendo repercutir en sus habilidades sociales, debido a la virtualidad durante 2 años. Inclusive regresando al aula se debía usar cubrebocas, impidiendo las expresiones gestuales.

Portela y Machado 2022 menciona que (Brooks et al., 2020) dice que el aislamiento social, durante diez días o más, es un factor de riesgo importante de estrés postraumático. Portela y Machado 2022 menciona que (Ramírez et al., 2020) dice que la incertidumbre, como el miedo a la enfermedad y al contacto con otros son factores vinculados a síntomas de trastorno de estrés postraumático. Bavel et al 2020 menciona que durante la pandemia existió cierta incertidumbre con la gente ya que no era seguro si al tener interacciones sociales físicas podrían infectar a otros.

En un estudio de (Broche-Pérez, et al, 2021) mencionan que los niños y adolescentes durante el confinamiento, realizaron una aplicación de pruebas para comprobar la presencia de síntomas de estrés postraumático, estas muestran puntuaciones tres veces mayor del promedio, en comparación con niños que no han experimentado confinamiento. Por ello se sugiere que los niños son más propensos a desarrollar trastorno de estrés agudo, trastornos de adaptación y aproximadamente el 30 % desarrollaron, posteriormente, trastorno de estrés postraumático.

El aislamiento resulta difícil de medir ya que sólo existen aproximaciones teóricas, pero se ha encontrado que Hawkey et al., 2008 citado por McDaniels & Subramanian 2022, el aislamiento social puede provocar soledad. El aislamiento es una sensación objetiva de la insuficiencia de conexiones sociales, que, y la soledad está más enfocada en la calidad de estas conexiones, pero también pudieran ser afectadas por la falta de conectividad social (McDaniels & Subramanian 2022)

La soledad menciona Bazo, 1999; Fernández y Ponce de León, 2011, Ponce de León, Fernández y Ballesteros, 2015 citado por López & Clemente 2019 se relaciona con vivencias asociadas a la pérdida de una persona de confianza cercana y, en muchas ocasiones, a la reducción de apoyos sociales o contactos. Esto se pudo vivir durante el aislamiento social, ya que la pérdida del contacto físico pudo dar pauta a la pérdida de varios contactos sociales y apoyos que se tenían dentro y fuera de la escuela.

Para Weiss (1974), la soledad “es la ausencia o ausencia percibida de relaciones sociales satisfactorias, experiencia que implica una aguda autoconciencia que quiebra la red de relaciones del mundo del self”. El propuso la existencia de una tipología para la soledad, dividiéndola en: soledad emocional y soledad social. (Bail, 2014)

La primera consiste en la ausencia de una relación intensa o de mucha duración con otro individuo. Estas relaciones pueden ser de cualquier tipo que generen sentimientos de afecto y seguridad; mientras que la soledad social involucra la no-pertenencia a un grupo social, pueden tratarse de un grupo de amistades que participen juntos en actividades sociales o de cualquier grupo que proporcione un sentido de pertenencia. (Bail, 2014)

Para que un individuo pueda ser habilidosamente hábil, debe tener interacción con otros, sobre todo con sus pares, ya que utilizan la observación como modelamiento (Ibarra, 2020). Esto se pudo ver afectado ya que, durante la privación social la interacción con otros cambió, en el artículo (Adolescencia en tiempos de #COVID19, 2021) menciona que los adolescentes tuvieron que adaptarse a nuevas formas de estudiar y conectarse con los demás, donde podían existir falta de pares día a día como se vivía antes de la pandemia. La adaptación no fue fácil muchos mencionan que estas experiencias causaron la vivencia de estrés, cansancio, angustia y agobio.

En México se realizó un estudio llamado VoCes-19 en adolescentes y adultos jóvenes para comprender el impacto de la pandemia de COVID-19 en la experiencia. Dentro de él se encontraron resultados en el que el 29.4 % de los adolescentes salió un par de días a la semana durante pandemia, seguido del 22.7% que menciona que salió una vez a la semana.

Según Díaz-Sibaja, Trujillo y Peris-Mencheta (2007) uno de los factores de protección más estudiados es el de las habilidades sociales, ya que se ha comprobado que un déficit en estas puede conllevar modificaciones negativas en la autoestima. La posibilidad de un sujeto de tener habilidades sociales asertivas en el contexto en el cual vive permite un ajuste social satisfactorio.

El tratamiento de este tema resulta de importancia, principalmente en el último año, ya que no se han estudiado las consecuencias al insertarse a nuevo sistema social después del aislamiento.

Se entiende por habilidad: aquellas “conductas específicas y necesarias para desempeñar exitosa y satisfactoriamente una actividad” y “los comportamientos o conductas específicas y necesarias para interactuar y relacionarse con el otro de forma efectiva, satisfactoria y exitosamente socialmente” Muñoz, Crespí y Angrehs, 2011, citado por Ibarra, 2020.

Una persona hábil socialmente deberá ir ganando estas herramientas a lo largo de su vida. Este proceso no es uniforme, ya que está sujeto a los contextos culturales y sociales de cada individuo. Pero, existen ciertas conductas que se esperan de manera general.

Goldstein (1989) señala que las habilidades sociales se tratan de un conjunto de habilidades y capacidades distintas como específicas para las relaciones interpersonales saludables y la resolución de problemas de tipo interpersonal y socioemocional, desde actividades básicas como complejas e instrumentales. Además, el propuso dividir las habilidades sociales en 6 subcategorías para su medición las cuales son:

1. Primeras habilidades sociales
2. Habilidades sociales avanzadas
3. Habilidades relacionadas con los sentimientos
4. Habilidades alternativas a la agresión
5. Habilidades para hacer frente al estrés
6. Habilidades de planificación

Estos aspectos invitan a examinar la situación actual para revelar características acerca del aislamiento y su relación con las habilidades sociales.

Con ello se pretende evidenciar si existe un desajuste en los estudiantes por la falta interacción con otros, sobre todo con sus pares, dando como consecuencia desajustes en los estudiantes como las habilidades sociales a causa del aislamiento social.

El objetivo de la investigación era identificar como el impactó del aislamiento social con la percepción de soledad causada por la Covid-19 sobre las habilidades sociales de los alumnos de la Universidad de Guanajuato.

La hipótesis fue que mientras el aislamiento social aumenta dentro del estudiantado, las habilidades sociales disminuirán ósea impactarán negativamente. Debido a que teóricamente existieron consecuencias psicológicas de los estudiantes pudieran existir alteraciones aún no se han identificado.

## MÉTODO

Participantes:

Se contó con la participación de una muestra no probabilística e intencional compuesta por 112 estudiantes desde tercero a doceavo semestre predominantemente de octavo semestre con 27.7% y cuarto semestre con 24.1%. Contestaron 26 diferentes licenciaturas las cuales las 4 predominantes fueron Psicología con 17.9%, seguido de Fisioterapia con 14.3%, después Médico cirujano con 11.6% y Arquitectura con 5.4%. La participación de los campus fueron el 59.8% fueron de campus León, 19.6% de campus Guanajuato, 14.3% de campus Celaya-Salvatierra y 6.3% de campus Irapuato-Salamanca. El sexo de los participantes fue de un 24.1% masculinos 75.9% femenino, la edad promedio fue 21.67 años, el 54.5% expreso si es foráneo y el 45.5% que no lo es. Todos los participantes respondieron los instrumentos de forma voluntaria y anónima.

Instrumentos:

Las variables que se analizaron fueron las siguientes.

Debido a lo que se explicó sobre el aislamiento social, para su valoración, en este proyecto se utilizó la variable soledad.

Soledad

Para la medición de la soledad social, se empleó la Escala Este-R, cuyo autor es Rubio, Pinel & Rubio (2009), Esta escala consta de 34 ítems tipo Likert distribuido en 4 factores: Soledad familiar (SF), Soledad conyugal (SC), Soledad social (SS) y crisis existencial (CE). La escala cuenta con una consistencia interna de Alpha de Cronbach de .915. Rubio, Pinel & Rubio (2009)

Habilidades sociales

Las habilidades sociales serán medidas por la escala de Habilidades sociales de GOLDSTEIN & Col Arnold (GOLDSTEIN et al 1978). Este instrumento está constituido por 50 ítems tipo Likert que se distribuyen en 6 áreas: Grupo I: Primeras habilidades sociales, Grupo II: Habilidades sociales avanzadas, Grupo III: Habilidades relacionadas con los sentimientos, Grupo IV: Habilidades alternativas a la agresión, Grupo V: Habilidades para hacer frente al estrés, Grupo VI: Habilidades de planificación.

La escala cuenta con una consistencia interna de Alpha de Cronbach de 0.9244 Tomás, A. (1995)

Procedimiento:

Fase 1. Pilotaje

Se realizó una fase de pilotaje de las escalas ESTE-R y Habilidades sociales de GOLDSTEIN & Col., esto debido a que no cuentan con validación mexicana. El propósito de esta fase fue identificar si estas escalas son aplicables en la población mexicana, también se buscó verificar el cambio de tiempo de la escala ESTE-R ya que se encontraba en tiempo presente y con fines de la investigación se necesitó pasar a tiempo pasado, para comprobar la percepción de la soledad durante de la pandemia, se aplicó primero el cuestionario de habilidades sociales y se hizo así para disminuir los

posibles sesgos en la obtención de resultados y conocer si las escalas son útiles para alcanzar el objetivo de la presente investigación.

Se aplicaron dichos instrumentos a una muestra representativa, compuesta por 38 estudiantes de octavo semestre de la licenciatura en Psicología de la Universidad de Guanajuato del campus León. El sexo de los participantes fue de un 34.2% masculinos y 65.8% femeninos, la edad promedio fue 23.21 años, el 34.2% expreso si es foráneo y el 65.8% que no lo es.

Estas escalas se les hizo llegar a los estudiantes de manera presencial, por medio de unas hojas con las escalas; se contactó al profesor de dichos estudiantes por medio de mensaje privado. Dentro del cuestionario se integró la carta de consentimiento informado y se les dio hasta 30 minutos para contestarla.

#### Análisis de la prueba piloto

Por medio del análisis de la confiabilidad de la escala Este-R, la cual cuenta con 34 elementos, se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de .650, lo cual indica que los ítems analizados cuentan con una consistencia interna aceptable, en cambio la confiabilidad de la escala Habilidades sociales de GOLDSTEIN & Col., se obtuvo un coeficiente de .928 lo cual indica que los ítems cuentan con una consistencia interna alta, ya que el coeficiente se acerca considerablemente a 1 (Frías, 2022).

Al realizar análisis de confiabilidad de las subcategorías se encontró que la mayoría son aceptables, pero al eliminar las no aceptables no muestra cambios significativos en el alfa de Cronbach por lo cual no es necesario que se elimine ninguna subcategoría. Por lo que se prosiguió con la fase 2.

#### Fase 2. Levantamiento de datos

Se realizó la fase 2 de aplicación de las escalas ESTE-R y Habilidades sociales de GOLDSTEIN & Col., esto debido a que ya se había realizado la Fase 1 del pilotaje. El propósito de esta fase fue identificar la correlación de los instrumentos, la comparación entre campus y la confiabilidad que tiene la Escala ESTE-R con la Escala de habilidades sociales por Goldstein & Col. de los estudiantes de la Universidad de Guanajuato.

Para la aplicación, se contactó a las amistades más cercanas del aplicador y se les pidió que difundieran el cuestionario a alumnos cursando de su licenciatura o distintas licenciaturas cercanas de ellos mismos, a estos se les explicó cómo debían de contestarlo y que si tenían alguna duda se podrían comunicar directamente conmigo, ambos instrumentos se presentaron en formato de cuestionarios de Google Forms, dentro del cuestionario también se incluyó la carta de consentimiento informado. En estos se contestaron 131, pero se descartaron varios cuestionarios ya que había asunciones que debían de contestar y contestaron de otra forma esto para checar si contestaban correctamente el cuestionario o no, por lo que se descartaron 19 respuestas y quedaron en 112 respuestas validas. Se añadieron aspectos para poder disminuir la posibilidad de respuestas

alegorías, se incluyó un reactivo donde debían, responde el número 3, otro donde se preguntaba si estaban de acuerdo que iban a responde de acuerdo con lo vivido en pandemia.

**RESULTADOS**

El objetivo fue identificar como el aislamiento social con la percepción de soledad causada por la Covid-19 impactó sobre las habilidades sociales de los alumnos de la Universidad de Guanajuato.

Por cuestiones de reproducción de la investigación se volvió a correr el del análisis de la confiabilidad de la escala Este-R, la cual cuenta con 34 elementos, se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de .564, lo cual indica que los ítems analizados no cuentan con una consistencia interna aceptable, en cambio la confiabilidad de la escala Habilidades sociales de GOLDSTEIN & Col., se obtuvo un coeficiente de .954 lo cual indica que los ítems cuentan con una consistencia interna alta, ya que el coeficiente se acerca considerablemente a 1 (Frías, 2022). Por lo que hay que tomar estos resultados con cautela ya que infortunadamente ya que no son confiables.

Para identificar la distribución se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov ya que la muestra fue mayor a 50 participantes. Y para el análisis de las relaciones se utilizó la correlación de Spearman, dado que en la prueba de normalidad se encontró una distribución anormal.

Tabla 1 Correlaciones entre subescalas habilidades sociales de Goldstein & col. y Este-R

<b>Subescala habilidades sociales de Goldstein &amp; col</b>	<b>Subescala Este-R</b>	<b>Correlación</b>
<b>Primeras habilidades sociales</b>	Soledad familiar	.510**
	Soledad Conyugal	.217*
	Soledad Social	.522**
	Crisis Existencial	-.320**
<b>Habilidades Sociales Avanzadas</b>	Soledad familiar	.490**
	Soledad Conyugal	0.133
	Soledad Social	.447**
	Crisis Existencial	-.334**
<b>Habilidades Relacionadas Con los Sentimientos</b>	Soledad familiar	.557**

	Soledad Conyugal	.294**
	Soledad Social	.544**
	Crisis Existencial	-.302**
<b>Habilidades Alternativas a la Agresión</b>	Soledad familiar	.518**
	Soledad Conyugal	.239*
	Soledad Social	.559**
	Crisis Existencial	.358**
<b>Habilidades para hacer Frente al Estrés</b>	Soledad familiar	.515**
	Soledad Conyugal	0.143
	Soledad Social	.505**
	Crisis Existencial	-.311**
<b>Habilidades de Planificación</b>	Soledad familiar	.492**
	Soledad Conyugal	0.132
	Soledad Social	.566**
	Crisis Existencial	-.440**

En la tabla 1 dentro de los anexos podemos ver que existen varias correlaciones negativas en cuanto a primeras habilidades sociales, habilidades sociales avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión, habilidades para hacer frente al estrés con crisis existencial donde todas las correlaciones son negativas medias y significativamente altas de acuerdo con Mondragón (2014)., lo que quiere decir que a mayor habilidades anteriormente mencionadas menor crisis. La mayoría de las relaciones son significativas. Estos resultados pudieran dar pauta a la suposición de que las habilidades sociales si se vieron repercutidas a causa del aislamiento social y el sentimiento de soledad que se vivió por el Covid-19.

Campus 1	Campus 2	Subescala	Sig. asintótica(bilateral)
Campus León	Campus Irapuato-Salamanca	Primeras habilidades sociales	0.024
		Soledad Familiar	0.005
		Soledad Social	0.035
Campus Guanajuato	Campus Irapuato-Salamanca	Primeras habilidades sociales	0.018
		Habilidades sociales avanzadas	0.044
		Habilidades de planificación	0.033
		Soledad Familiar	0.002
		Soledad Social	0.021
Campus Celaya-Salvatierra	Campus Irapuato-Salamanca	Soledad Familiar	0.026
		Soledad Conyugal	0.008

Tabla 2 Comparación entre 2 muestras independientes

En la tabla 2 se muestran los campus donde existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos en la sig. asintótica(bilateral) ya que son  $< 0.05$ . Con ello podemos concluir que dentro del Campus Irapuato-Salamanca en comparación con Campus León, Campus Guanajuato y Campus Celaya-Salvatierra existen diferencias significativas en las medianas con respecto a la valoración estudiado entre dichos campus por lo tanto son diferentes.

## DISCUSIÓN

El proceso de adaptación a la nueva normalidad después de la pandemia puede desencadenar anormalidades y consecuencias psicológicas negativas que aún se siguen descubriendo.

Los resultados mostraron correlaciones entre ambas variables, donde se prueba el cumplimiento de la hipótesis planteada, dado que se encontraron correlaciones negativas medias y significativas entre varias subescalas de la variable de habilidades sociales y una subescala de la variable soledad (crisis existencial).

Esta relación de las variables puede significar que las habilidades sociales pudieran ser un factor protector para poder tener mejores ajustes sociales, ya que al tener más habilidades sociales se experimenta menos crisis existencial en los individuos, donde sería factible pensar que los sujetos con mayores habilidades tuvieron menos desajustes al insertarse en el nuevo sistema social durante la pandemia.

La falta de conexiones sociales que tuvieron algunos individuos en pandemia pudo vivirse como una soledad durante la pandemia ya que logro quebrar algunas redes de relaciones con los individuos, dando como consecuencia la crisis existencial de personas que posiblemente pudieron manejarlo mejor si hubiesen tenido más herramientas.

Lo cual cobra más sentido ya que como Goldstein (1989) mencionaba, que las habilidades sociales ayudan a la resolución de problemas interpersonales y emocionales, donde pudiendo quebrar el sentido de pertenencia de los grupos sociales que se tenían antes de pandemia las personas con más de estas pudieron enfrentar mejor este encerramiento físico.

Aun así, infortunadamente estos datos resultan sesgados ya que se obtuvo que los resultados no son confiables, se cree que fue por el cambio de la aplicación de presencial a virtual, en una investigación de De Rada (2012), habla acerca de las encuestas autoadministradas mencionado las desventajas y ventajas que se pueden tener, una ventaja es la posibilidad de acceder a un amplio número de personas, sin gran inversión de dinero, que fue lo que se buscó por la población requerida sin tener que estar presencialmente y se logró en esta investigación. Algunas de las desventajas principales que pudieron repercutir fuertemente son la disminución de la sinceridad de las respuestas, ya que puede existir una constancia en responder los reactivos de forma similar a cambio de una compensación, donde los estudiantes cumplieron el responder por causas ajenas, otro factor que se ha visto es el incremento de tareas asumidas por el entrevistado, que es capaz de generar descensos de la calidad de las respuestas, debido al esfuerzo cognitivo de tener que leer las preguntas y respuestas. Un aspecto negativo es la desconfianza dentro de quien respondió el cuestionario, ya que existe la incertidumbre sobre la identidad de quien responde el cuestionario, donde se pudo observar en el primer filtro de respuestas.

Por otro lado, se encontraron diferencias significativas en los campus de las subescalas, donde no todos los campus tienen las mismas similitudes dentro de las subescalas, por lo cual al hacer intervenciones se debe de investigar la población muestra para poder descubrir cuáles son las necesidades específicas de ellos, ya que varían dependiendo del campus.

El cambio de tiempo y adaptación a la población mexicana de la escala este-r pudo ser también uno de los factores que se requieren ajustar para futuras investigaciones, ya que aun no se logro

concretar su validez a pesar de los dos muestreos, también la variabilidad de la población que hubo del primer pilotaje al pudo influir en los resultados obtenidos.

#### Referencias:

Bail, V. (2014). Crisis, Soledad y Apego. [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicas\\_profesionales/632\\_ambito\\_comunitario/material/crisis\\_soledad\\_apego.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/632_ambito_comunitario/material/crisis_soledad_apego.pdf). Recuperado 3 de noviembre de 2022, de [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicas\\_profesionales/632\\_ambito\\_comunitario/material/crisis\\_soledad\\_apego.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/632_ambito_comunitario/material/crisis_soledad_apego.pdf)

Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., & Reyes Luzardo, D. A. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2488.

Cinco formas en que la pandemia impactó a los adolescentes. (s. f.). UNICEF. <https://www.unicef.org/uruguay/cinco-formas-en-que-la-pandemia-impacto-los-adolescentes>

De Rada, V. D. (2012). Ventajas e inconvenientes de la encuesta por internet. *Universidad Pública de Navarra*, 97(1), 193. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v97n1.71>

Díaz-Sibaja, M., Trujillo, A. y Peris-Mencheta, L. (2007). Hospital de día infanto-juvenil: programas de tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 7 (1), 80-99.

Frías-Navarro, D. (2022). Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida. Universidad de Valencia. España. Disponible en: <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>

Hidalgo, C & Abarca, N. (1990). Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22, 265-282

Ibarra Santacruz, M. E. (2020). Las habilidades sociales desde la tipología de Goldstein: un análisis psicosocial en niños 6 a 8 años en la ciudad de Victoria de Durango (Doctoral dissertation, Universidad Juárez del Estado de Durango: Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana. División de Estudio de Posgrado e Investigación.).

McDaniels, B., & Subramanian, I. (2022). Social isolation, loneliness and mental health sequelae of the Covid-19 pandemic in Parkinson's disease. *International Review of Neurobiology*.

Mondragón, M (2014). Uso de la correlación de Spearman en un estudio de intervención en fisioterapia. *Movimiento científico*, 8(1), 98-104. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5156978>

López, E. R., & Clemente, C. C. (2019). Soledad y aislamiento, barreras y condicionamientos en ámbito de las personas mayores en España. [Loneliness and isolation, barriers and conditionings in the field of older people in Spain] *Ehquidad*, (12), 127-154. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/soledad-y-aislamiento-barreras-condicionamientos/docview/2268994643/se-2>

Oñate, M. (2014). Aislamiento y patología inherente: Paralelismo entre el renacimiento en doña Juana I de Castilla y la época actual. *revista Aequitas*, 4, 83-166.

Portela, Mayda Alejandra, & Machado, Ana Inés. (2022). Consecuencias psicológicas del aislamiento social y su vinculación con el funcionamiento psicológico positivo. *Actualidades en Psicología*, 36(132), 72-87. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v36i132.49584>

Rubio, R., Pinel, M., & Rubio, L. (2009). La soledad en los mayores, una alternativa de medición a través de la Escala ESTE. Universidad de Granada. Informe de investigación con el apoyo de Imsero. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>.

Vera Pómez, A. C. (2015). Habilidades sociales y Autoconcepto en hijos únicos y con hermanos, de colegios de Lima Metropolitana.