



María Gabriela Luna Lara
Roberto Montes Delgado
Compiladores

Investigación Interinstitucional
en **Psicología**
Nuevos desafíos para el siglo XXI

Investigación Interinstitucional

en **Psicología**

Nuevos desafíos para el siglo XXI

María Gabriela Luna Lara
Roberto Montes Delgado
Compiladores

Investigación Interinstitucional
en **Psicología**
Nuevos desafíos para el siglo XXI



UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO

LISO - GRAPO
S.A. de C.V.

P GRAN
ORRUA
LIBROS

MÉXICO, 2020



IMPRESO EN MÉXICO
PRINTED IN MEXICO

Colima 35, Tizapán,
01080 Ciudad de México.

Primera edición, diciembre de 2020

Este libro fue sometidos a dictaminación
doble ciego por pares académicos.

© 2020 Por características tipográficas y de diseño editorial
Lito-Grapo S.A. de C.V.

© 2020 Universidad de Guanajuato

Impreso en los talleres de LITO-GRAPO, S.A. de C.V.

Derechos reservados conforme a la ley
ISBN 978-607-8758-29-6 DIGITAL

Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta del contenido de la presente obra, sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito de los editores, en términos de lo así previsto por la *Ley Federal del Derecho de Autor* y, en su caso, por los tratados internacionales aplicables.

INTRODUCCIÓN

El Doctorado Interinstitucional en Psicología (DIP) tiene una historia de más de 10 años, consolidando el trabajo académico y administrativo de cinco universidades de la región centro occidente del país. Este programa educativo pertenece al Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC), del Conacyt, por lo que los estudiantes han contado con una beca que ha posibilitado cursar el posgrado a la par de desarrollar investigación de relevancia social.

Este libro es un segundo ejercicio de conjuntar el trabajo realizado por alumnos y profesores, el primer libro con características similares se publicó en el 2018 bajo el título “Psicología, salud y educación. Investigaciones actuales”, coordinado por un profesor y una estudiante.

Con la intención de dar continuidad a la difusión a las temáticas abordadas en el programa de posgrado es que se conformó un comité editorial, con los coordinadores de cada una de las universidades que forman parte del posgrado, el cual realizó una convocatoria con los lineamientos que debería tener cada capítulo. Los estudiantes que respondieron enviaron una primera propuesta para ser dictaminada, para lo cual el comité editorial propuso académicos especialistas en cada tema.

La función de los coeditores fue recibir los materiales, eliminar cualquier señal de identidad para garantizar la dictaminación de doble ciego, distribuir los materiales con un dos dictaminadores por capítulo quienes realizaron la evaluación utilizando un formato diseñado para tal fin. En esta primera etapa, sólo un texto se eliminó, ya que ambos evaluadores realizaron una evaluación negativa. El resto de capítulos se devolvió a los autores para que realizaran las sugerencias de los evaluadores. Al recibir los documentos corregidos se revisó que se hubieran realizado los cambios y se integraron los capítulos en torno a las líneas Generales de Aplicación al Conocimiento del programa doctoral.

En el DIP se desarrollan tres líneas de generación y aplicación del conocimiento, que son psicología social, psicología educativa y psicología de la salud de las cuales se desprende el referente conceptual en torno al cual se organizaron las investigaciones que forman parte del presente libro.

Se comienza con capítulos de corte teórico, donde se presenta uno de los modelos más reconocidos en la comunidad científica para explicar la personalidad que es el modelo de los Cinco Grandes y su relación con la salud, aportando directrices para realizar intervenciones eficaces.

Se continúa con la aplicación de la perspectiva histórico-cultural en la comprensión de procesos de mediación por artefactos tecnológicos para atender la salud. Así como la discusión de la pertinencia y alcances de esta perspectiva en los escenarios y prácticas de cuidado de la salud.

También se ofrecen capítulos que clarifican conceptos como el de rumiación, detallando sus características conceptuales, estableciendo sus similitudes y diferencias con otras formas de pensamiento recurrente o autorreflexivo para explorar sus implicaciones cognitivas, clínicas y médicas.

Además de describir las aportaciones para la construcción del significado del trabajo, el cual, puede llegar a formar parte del autoconcepto de las personas, se presentan estudios con diferentes aproximaciones metodológicas donde se destaca la complejidad del constructo.

Posteriormente se presentan los aportes teóricos y reflexiones sobre la ética y la necesidad de implementar cambios en la formación de nuevos psicólogos para que contemplen en su ejercicio profesional buenas intervenciones en problemáticas de salud pública.

Para contribuir a la prevención en el consumo de drogas, se describen las fases y materiales de programas dirigidos a jóvenes y a padres de familia, para que desarrollen estrategias de negociación y mejorar el ambiente familiar por medio de una adecuada comunicación.

Otro capítulo abunda sobre la historia de la psicooncología, las disciplinas involucradas y los mecanismos de formación y capacitación a nivel nacional e internacional.

El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (tic), herramientas de reciente inclusión en las terapias de rehabilitación cognitiva, son analizados en otro capítulo. En el caso de la neuropsicología infantil, han proveído de materiales lúdicos que facilitan la interacción y la retroalimentación inmediata que, a su vez, favorecen el apego al tratamiento por parte de los padres y de los propios pacientes.

Además se presentan dos capítulos sobre personas sordas, en uno de ellos se describen los modelos educativos que respeten sus derechos humanos, educativos y lingüísticos, y que abonen a una sociedad en la que el aprecio por la diversidad sea un rasgo distintivo. En otro se presentan alternativas teóricas para incidir en una mejora en la enseñanza de la lengua de señas y así lograr la inclusión de este colectivo.

Finalmente, se describen los retos de los psicólogos del deporte, como es el descentralizar la mayoría de las investigaciones en el deportista y analizar a todos los actores involucrados, como son el entrenador, los árbitros, los directivos y los padres.

CAPÍTULO I

RASGOS DE PERSONALIDAD, EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES Y SALUD

*Mariana Carrasco-Ramírez; José María de la Roca-Chiapas;
Blanca Olivia Murillo-Ortiz; Roberto Montes-Delgado;
Ferrán Padrós-Blázquez*

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948, definió la salud como un estado de total bienestar físico, psicológico y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad; en esta definición, el comportamiento ha mostrado ser un factor central, es decir, las decisiones personales, como a nivel de autoridad normativa y las asignaciones presupuestarias, inciden a corto, mediano y largo plazo, de manera directa, en la salud (Murphy, 2005).

Lo anterior confiere sentido a la prevalencia de enfermedades y los tipos, que son distintos en los países de acuerdo con su nivel de desarrollo. Asimismo, debido a la conducta, la muerte y la enfermedad por causas prevenibles siguen siendo altas, por lo que es importante entonces incidir en los aspectos comportamentales de la población.

Actualmente se experimenta un acelerado incremento en problemas crónicos de salud, constituyendo más de la mitad de las causas de muerte a nivel mundial (OMS, 2005).

Murphy (2005) ha indicado que para que los Objetivos del Milenio señalados por la OMS se alcancen es imprescindible un cambio de comportamientos a diferentes niveles: individual, de líderes comunitarios y de los tomadores de decisiones, como de autoridades normativas.

Como más adelante se mostrará, el comportamiento humano se explica en gran medida por la personalidad, entendida como un complejo patrón de cualidades psicológicas, y que se expresan de manera automática en cualquier dimensión de la expresión de una persona (Millon *et al.* 2012), lo que le confiere sentido a su estudio, ya que ofrece criterios de función y disfunción, brindando así una comprensión más alta de la naturaleza humana y la posibilidad de promover una toma de decisiones hacia una vida más saludable, funcional y satisfactoria.

Para efectos de la revisión del constructo de personalidad, se consideró el modelo de los Cinco Grandes (FFM por sus siglas en inglés: Five Factor Model), ya que ha sido utilizado en múltiples ocasiones en el ámbito científico, especialmente durante las últimas tres décadas, conformando un gran volumen de evidencia sobre su validez (Skodol y Bender, 2009), como se señalará al final del presente capítulo, y que a continuación se describe.

Los Cinco Grandes son dimensiones que describen los rasgos considerados universales, puesto que se les puede hallar en diferentes contextos temporoespaciales (Zamorano *et al.*, 2014) que se fueron proponiendo y confirmando como factor a través del tiempo, ya que originalmente se habían propuesto únicamente tres: neuroticismo, extroversión y apertura a nuevas experiencias. Después de varias revisiones y aportes a partir de estudios científicos se sumaron los dos últimos: amabilidad y responsabilidad. El modo en que surge la propuesta y cómo se fueron incorporando los factores se describe más adelante.

El reconocimiento de la propuesta de esta taxonomía es para Costa y McCrae (1992), quienes consideran que la personalidad es originada tanto por una condición biológica como por una interacción del individuo con su medio desde temprana edad y hasta aproximadamente los 30 años, momento en el que ellos mismos encontraron que se establece o se consolida la forma de ser de los sujetos, que orienta la dirección que adquiere la vida de las personas, las decisiones que toman, y, por ende, el resultado de las mismas, en el caso de esta revisión, en la salud humana.

Los rasgos que conforman cada uno de estos factores de personalidad ofrecen filtros a través de los cuales las personas perciben y se explican la realidad en todo momento: cómo comprenden, construyen e interpretan; lo que deriva en las decisiones que van construyendo un estilo, funcional o no, de vida, con sus respectivas consecuencias (John, Naumann y Soto, 2008).

La validez de este modelo, así como del instrumento que del mismo surge, ha sido mostrada en múltiples escenarios (Zamorano *et al.*, 2014).

Es, quizá, la asociación entre neuroticismo y psicopatología una de las más estudiadas, ya que este factor ha confirmado su relación con la salud mental (Aliño, 2010; y Mirnics *et al.*, 2013), como esquizofrenia (Van Os y Jones, 2001; Kotov *et al.*, 2010; y Terraciano *et al.*, 2008), depresión y/o ansiedad (Aldinger *et al.*, 2014; y Wang *et al.*, 2014).

Antecedentes

De acuerdo con Hofstede y McCrae (2004), el modelo de los Cinco Grandes tiene sus inicios en 1978, cuando Costa y McCrae comenzaron a trabajar juntos en el tema de personalidad, retomando estudios de Eysenck, siendo aquéllos, a la

fecha, de los autores vivos más citados en el mundo entero, con múltiples publicaciones en su haber, entre artículos, capítulos y libros.

Originalmente la propuesta consistía en tres factores: neuroticismo, extroversión y apertura a nuevas experiencias. Ya en 1985, con la experiencia de diversos estudios realizados, el modelo se completaría con los dos nuevos factores: amabilidad y responsabilidad, para los que tenían seis facetas por cada uno (John *et al.*, 2008), constituyendo lo que conocemos como el NEO Personality Inventory o NEO PI (Costa y McCrae, 1985).

Para ese momento, aunque ya reconocían los dos nuevos factores, aún no planteaban facetas para éstos; no fue sino hasta 1992, con la publicación de ellos mismos del NEO PI R, cuando lo hicieron.

El nuevo Inventario era considerado extenso, por lo que, posteriormente propusieron el NEO FFI con 60 ítems en total, de los cuales 12 es el número de los que corresponden a cada una de las 5 escalas o factores (John *et al.*, 2008).

Al igual que Eysenck y Eysenck (1987), Costa y McCrae (1992) consideraron que los rasgos de personalidad son dicotómicos o bipolares, lo que significa que puntuar alto en una escala implicará cierto grupo de características que serán opuestas a las de quienes puntúen bajo en la misma.

El Modelo pentafactorial es por hoy uno de los más utilizados en la explicación de la personalidad (Digman, 1990; y John, Naumann y Soto, 2008). Y aunque se desarrolló originalmente en países angloparlantes, la universalidad de sus constructos (McCrae, Terracciano y Khoury, 2007) permite que sea igualmente útil para describir y predecir la personalidad (McCrae y Costa, 1997), lo que le da un valor agregado ya que su aplicabilidad a diversas áreas puede ayudar a mejorar la condición de salud de las personas.

Hofstede y McCrae (2004) refieren que la personalidad es una condición más bien estable y universal que se consolida alrededor de los 30 años de edad, cuyo eje está constituido por cinco grandes dominios, dentro de los cuales todo el universo de rasgos podía incluirse, lo que da nombre al modelo.

Sin embargo, se hace una objeción recurrente al mismo, ya que hay quienes sostienen que no es posible ubicar todas y cada una de las variaciones de la personalidad dentro de éste (Block, 1995; McAdams, 1992).

John *et al.* (2008) sostienen, por su parte, que estos cinco grandes factores no representan una perspectiva teórica en particular, que surgen a partir de un análisis del lenguaje natural que las personas usan para describirse a sí mismas frente a otras. La taxonomía tiene alcances y limitaciones, entre otras, que fue originalmente creada para describir la relación entre los rasgos de personalidad, no propiamente para explicar la forma de ser. A pesar de esta y otras críticas, ofrece

sólidos fundamentos conceptuales, lo que constituye un aporte de gran valor a la psicología.

LOS CINCO GRANDES FACTORES Y SUS FACETAS

John *et al.* (2008) en su capítulo *Paradigm Shift to the Integrative Big Five Trait Taxonomy, History, Measurement, and Conceptual Issues*, nos ofrecen valiosos elementos para conocer, contextualizar en el tiempo y el espacio, así como para comprender el modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad.

N- Neuroticismo, emocionalidad negativa, nerviosismo

Tiene que ver con lo que es considerado como *emocionalidad negativa*, como sentimientos de malestar: ansiedad, nerviosismo, tristeza y tensión.

Sus facetas son: N1 Ansiedad, N2 Hostilidad, N3 Depresión, N4 Ansiedad social, N5 Impulsividad y N6 Vulnerabilidad.

Quien puntúa alto es una persona con inadecuados y pobres estilos de afrontamiento frente a la enfermedad, suelen ser inestables en el trabajo, asociado a experiencias comunes de *Burnout*.

Quien, en cambio, presente bajos niveles en este factor, mostrará compromiso con las organizaciones, y mejores niveles de satisfacción en las relaciones sociales.

E- Extraversión, energía, entusiasmo

Tiene que ver con una manera energética del individuo de aproximarse en las áreas social y material. Implica sociabilidad, actividad, asertividad y en general sentimientos que se consideran como *emocionalidad positiva*.

Sus facetas son: E1 Cordialidad, E2 Gregarismo, E3 Asertividad, E4 Actividad, E5 Búsqueda de emociones y E6 Emociones positivas.

Quien es predominantemente extrovertido, suele colocarse en un lugar de estatus sobresaliente en los grupos sociales, así como mostrar una expresión positiva de sus emociones, y suele contar con mayor volumen de amigos y de compañeros sexuales a lo largo de su vida.

En el otro extremo, quienes tienen bajos niveles de Extraversión suelen vivir rechazo por sus pares, así como más pobres relaciones con sus propios padres.

O- Apertura a nuevas experiencias, originalidad, apertura de mente

Se refiere a una más amplia, profunda, original y rica vida mental y experiencial.

Quien presenta altos niveles es este factor, suele concluir satisfactoriamente su educación escolar, ser más creativos, ser más atípicos en la forma de lucir físicamente, así como sus espacios de trabajo o en el hogar.

En el otro extremo, se encuentran las personas conservadoras y tradicionalistas.

Sus facetas: O1 Fantasía, O2 Estética, O3 Sentimientos, O4 Acciones, O5 Ideas y O6 Valores.

A- Amabilidad, altruismo, afectividad

Se refiere a rasgos como: ternura, confianza, modestia. Las personas amables suelen sobresalir por sus orientaciones prosociales y comunitarias.

Sus facetas son: A1 Confianza, A2 Franqueza, A3 Altruismo, A4 Actitud conciliadora, A5 Modestia y A6 Sensibilidad a los demás.

Las personas amables suelen funcionar mejor en trabajos en grupo. En tanto que, por el contrario, quienes presentan niveles bajos, comúnmente se implican en delincuencia, en problemas interpersonales y suelen tener mayor probabilidad de problemas cardíacos.

C- Responsabilidad, restrictividad, conciencia, control de impulsos

Quien es responsable muestra mayor reflexividad previa a la realización de una conducta, así como mayor posibilidad de esperar una gratificación, capacidad para seguir normas y reglas; mejor capacidad de planeación, organización y jerarquización de tareas.

Sus facetas son: C1 Competencia, C2 Orden, C3 Sentido del deber, C4 Necesidad de logro, C5 Autodisciplina y C6 Deliberación.

Quien puntúa alto suele obtener mejores promedios en sus calificaciones, mejor desempeño laboral, adherencia a tratamientos médicos, y suelen ser más longevos.

En contraparte, quienes muestran bajos niveles suelen asociarse con actividades que implican mayor impulsividad o bajo control de impulsos, como conductas asociadas al consumo de sustancias, tabaquismo, dieta y ejercicio físico inadecuados, así como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Se ha encontrado que a los 30 años de edad, además se consolida la personalidad, mientras que los factores de Neuroticismo y Extraversión comienzan a

declinar, habiendo tenido esta última su pico a los 19 años de edad; en tanto que Amabilidad y Responsabilidad se van incrementando a lo largo de la vida.

En población mexicana, el NEO FFI (Inventario NEO reducido de Cinco Factores) ha mostrado contar con los criterios de confiabilidad ($\alpha=0.72$) y validez (Reyes *et al.*, 2014). Consta de 12 ítems para valorar cada uno de los cinco grandes, sumando 60 para la prueba total (Costa y McCrae, 1994), con respuestas tipo likert, por lo que su aplicación resulta práctica.

PERSONALIDAD, SALUD HALLAZGOS RECIENTES CON EL MODELO BFF

Variables psicológicas y salud

Diversos estudios han mostrado ya una relación entre varios aspectos psicológicos, como personalidad, y salud en sí misma, como con comportamientos saludables que derivan en la misma, así como con la longevidad (John *et al.*, 2008).

De la Roca *et al.* (2013) mostraron que pacientes con diagnóstico de diabetes y que además presentan depresión tienen más altos niveles de glucosa en ayunas y de hemoglobina glucosilada (HbA1c) que los que no están diagnosticados con depresión. Los mismos autores (2016) señalan que existen diferencias en el desarrollo de tumores asociados a aspectos emocionales generados a partir del aislamiento: estrés y ansiedad en una población de ratas. Asimismo, se ha encontrado una asociación entre el estrés psicosocial, estados de ánimo y estilos de afrontamiento con padecimientos físicos, dispepsia funcional (De la Roca *et al.*, 2010).

En estudios de personalidad, también se ha encontrado relación con sobre-ingesta y con mecanismos de control, el contexto relacional, es decir: estilo de vida, funcionamiento familiar, manejo emocional y promoción de la autonomía (Salas *et al.*, 2010). En la misma temática, Naranjo *et al.*, (2017) encontraron que, entre otras variables, la que se refiere a relación familiar está asociada a obesidad infantil.

Se ha observado una asociación entre imagen corporal y autoestima, estilos de afrontamiento, calidad de vida, así como relación de pareja (Figuerola *et al.*, 2017).

Por otro lado, las personas optimistas se caracterizan por ser más perseverantes, exitosas y con mejor salud física, debido a una explicación biológica desde la herencia y a experiencias tempranas. Variables que adquieren diferentes sentidos de acuerdo a la cultura de que se trate (Cuadra, 2003). El optimismo,

un sentido de control personal y la habilidad para encontrar significado a las experiencias de la vida se asocian a una mejor salud mental (Martorelli, 2004). Individuos con altos niveles tanto de optimismo como de esperanza son más propensos a recibir de manera adecuada la información desafortunada de alguna enfermedad, lo que les condiciona una preparación más funcional para hacerle frente (Salovey *et al.*, 2000 , en Csikszentmihalyi, 2014). En el otro polo, a través de estudios explicativos se ha mostrado una correlación entre pesimismo y el aumento del riesgo de padecer enfermedades infecciosas, de salud deficiente, número de visitas al doctor por año y de muerte temprana, tanto a corto como a largo plazo.

Los Cinco Grandes y salud

Uno de los factores más estudiados ha sido el compuesto por las facetas correspondientes a los afectos negativos: el neuroticismo, mismo que ha sido asociado con duelo complicado (Goetter *et al.*, 2018), y con los niveles de estrés causados por la exposición a altos niveles de estrés diario, con los niveles de estrés generalizado y con ansiedad; lo que sugiere que puede considerarse como un riesgo de padecer algún tipo de ansiedad específica, pero no de depresión específica, a diferencia del estrés ocasionado por el estrés diario (He *et al.*, 2018). También se han señalado puntajes altos de neuroticismo como reductor de factores de riesgo inmune en diversas enfermedades (Koolhaas, 2008).

Asimismo, se ha encontrado una asociación negativa con dos tipos de resiliencia (Oshio *et al.*, 2018), con inteligencia emocional (Abe *et al.*, 2018) y con actos interpersonales desviados (Markova, 2018). Un grupo de pacientes chinos de diversas edades diagnosticados con cáncer fue asociado con afecto negativo, dado el estilo evitativo de afrontamiento (You *et al.*, 2018).

Neuroticismo y extraversión, en conjunto, han sido asociados con afecto positivo, explicados por el estilo de afrontamiento en sobrevivientes mayores más que en los más jóvenes (You *et al.*, 2018). Por otro lado, los mismos factores han mostrado una relación directa con el gen de la dopamina en climas extremos, no así en los templados o menos exigentes (Fischer, Lee y Verzijden, 2018). Altos puntajes en neuroticismo y bajos en extraversión han sido asociados con pobre bienestar subjetivo en pacientes con esquizofrenia; los mismos autores concluyen que los rasgos de personalidad están asociados con el bienestar subjetivo independientemente de síntomas psicóticos o depresivos (Simpson y Thomas, 2018, y Van Dijk, 2018) y con síntomas residuales de depresión y baja autoestima (Verhoeven *et al.*, 2018).

Neuroticismo correlaciona positivamente con desórdenes de personalidad tales como paranoide, esquizoide y obsesivo compulsivo (Vuijk, Deen, Sizoo y Arntz, 2018).

Un neuroticismo bajo con altas extraversión y responsabilidad predicen satisfacción con la vida (Fowler *et al.*, 2018). Neuroticismo bajo y alta extraversión correlacionan con felicidad, mientras que neuroticismo bajo y alta responsabilidad con satisfacción con la vida; y por último bajo neuroticismo y altas extraversión y responsabilidad, con bienestar subjetivo (Hayes y Joseph, 2003).

Por otro lado, se ha encontrado un patrón de personalidad basado en este modelo en delinquentes violentos que abusan de sustancias, con impulsividad anti-social, de alto neuroticismo, baja amabilidad y baja responsabilidad (Nigel *et al.*, 2018).

La extraversión alta ha sido descrita como moderadora de factores resilientes (Tse, Kwon y Faust, 2018). En tanto que una extraversión baja, con síntomas depresivos (Tse *et al.*, 2018).

En ese mismo sentido, niveles altos de apertura han sido asociados a menores niveles de depresión, en conjunto con apoyo social, en población gay, lésbica y bisexual (Tse *et al.*, 2018). Apertura y amabilidad han sido asociadas de manera positiva con la resiliencia del ego en comparación con la resiliencia-rasgo (Oshio *et al.*, 2018).

Tanto en hombres como en mujeres existe una asociación positiva entre apertura a la experiencia y autonomía de pensamiento, y a la inversa, existe una relación negativa entre el mismo rasgo, apertura a la experiencia, y poder; responsabilidad con conformidad; extraversión con logro, poder y estímulo, y con autonomía de pensamiento. La amabilidad contribuye de manera positiva al cuidado, preocupación social y conformidad. La apertura correlaciona negativamente con poder (Hietalahti *et al.*, 2018).

En hombres, la amabilidad correlaciona positivo con tolerancia (Hietalahti *et al.*, 2018). Altos niveles de amabilidad en mujeres embarazadas correlacionan con reevaluación y solución de problemas, mientras que bajos niveles de amabilidad, con expresión emocional manifiesta y con afrontamiento negativo centrado en sí mismo (Peñacoba, Rodríguez, Carmona y Marín, 2017). Y en esta misma población, bajos niveles de amabilidad correlacionan con pobre salud mental, especialmente en el primer trimestre de embarazo (Peñacoba *et al.*, 2017).

Mientras que en mujeres adultas la apertura a la experiencia correlaciona positivo con autonomía de acción, y responsabilidad con logro (Hietalahti, *et al.*, 2018).

La apertura a la experiencia se ha relacionado con un acortamiento de la duración de psicosis no tratada en población serbia con esquizofrenia (Maric *et al.*, 2016).

Por último, responsabilidad fue la única dimensión que se asoció positivamente con adherencia al tratamiento médico (Christensen y Smith, 1995, y Kenford *et al.*, 2002). Mientras que puntajes bajos en el mismo factor correlacionan positivo con conductas de riesgo, tales como hábitos dietéticos y de ejercicio inadecuados, con hábitos de fumar y con consumo de sustancias (Bogg y Roberts, 2004; Hampson, 2000 ; Trull y Sher, 1994).

Los perfiles de personalidad que se describen a partir del modelo de los Cinco Grandes permiten conocer un patrón que predispone a aspectos de salud ya explorados y mostrados; de tal forma que se permite la emisión de recomendaciones pertinentes para que el actuar del sujeto sea más consciente y se modifique a favor de sus objetivos de vida y de mejores niveles de funcionalidad.

Aunque no disminuye el valor de la taxonomía de los Cinco Grandes, es importante tener en cuenta que éste surge de la inquietud por describir la conducta de los seres humanos adultos (John *et al.*, 1994), por lo que se requiere mayor trabajo para vincularlo con la psicología del desarrollo y explicar así el modo en que las vivencias tempranas de la vida moldean la forma de ser en el adulto desde esta propuesta (John *et al.*, 2008).

FUENTES CONSULTADAS

- Abe, K., M. Niwa, F. Fujisaki y. Suzuki (2018), "Associations between emotional intelligence, empathy and personality in Japanese medical students", *BMC medical education*, vol. 18, núm. 1, p. 47.
- Aldinger, M., M. Stopsack, I. Ulrich, K. Appel, E. Reinelt, S. Wolff... y S. Barnow (2014), "Neuroticism developmental courses-implications for depression, anxiety and everyday emotional experience; a prospective study from adolescence to young adulthood", *BMC psychiatry*, vol.14, núm. 1, p. 210.
- Aliño, J. L. I. (2010), "Risk factor for psychopathology during residency", *Actas Esp Psiquiatr*, vol. 38, núm. 2, pp. 65-71.
- Block, J. (1995), "A contrarian view of the five-factor approach to personality description", *Psychological bulletin*, vol. 117, núm. 2, p. 187.
- Bogg, T. y B.W. Roberts (2004), "Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality", *Psychological bulletin*, vol. 130, núm. 6, p. 887.
- Christensen, A. J. y T.W. Smith (1995), "Personality and patient adherence: correlates of the five-factor model in renal dialysis", *Journal of behavioral medicine*, vol. 18, núm. 3, pp. 305-313.

- Costa Jr, P. T. y R.R. McCrae (1985), *The NEO Personality inventory Manual*, Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.
- (1992), “Four ways five factors are basic”, *Personality and individual differences*, vol. 13, núm. 6, pp. 653-665.
- Costa, P. T. y R.R. MacCrae (1992), *Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO FFI): Professional manual*, Psychological Assessment Resources.
- Csikszentmihalyi, M. (2014), *Flow and the foundations of positive psychology*, Dordrecht, Springer.
- Cuadra, R.F. (2003), “Subjective Well-being: Towards a Positive Psychology”, *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*.
- De la Roca Chiapas, J.M. (2012), “Psychomagnetobiology”, en *Applied Biological Engineering-Principles and Practice*, InTech.
- Digman, J. M. (1990), “Personality structure: Emergence of the five-factor model”, *Annual review of psychology*, vol. 41, núm. 1, pp. 417-440.
- Eysenck, H. J. y M.W. Eysenck (1987), *Personality and individual differences*, Nueva York, Plenum.
- Figuroa, V.M.R. *et al.* (2017), “Evaluación de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática”, *Universitas Psychologica*, vol. 16, núm. 4.
- Fischer, R., A. Lee y M.N. Verzijden (2018), “Dopamine genes are linked to Extraversion and Neuroticism personality traits, but only in demanding climates”, *Scientific reports*, vol. 8, núm. 1, p. 1733.
- Fowler, S. A., L.L. Davis, L.E. Both y L.A. Best (2018), “Personality and perfectionism as predictors of life satisfaction: The unique contribution of having high standards for others”, *FACETS*, vol. 3, núm. 1, pp. 227-241.
- Gattas, V., X. Ceballos y R. Burrows (2010), “Tratamiento integral de la obesidad infantil: Efecto de una intervención psicológica”, *Revista médica de Chile*, vol. 138, núm. 10, pp. 1217-1225.
- Goetter, E. *et al.* (2018), “The five-factor model in bereaved adults with and without complicated grief”, *Death studies* (recién aceptado).
- Hampson, S.E. *et al.* (2006), “Forty years on: teachers’ assessments of children’s personality traits predict self-reported health behaviors and outcomes at midlife”, *Health psychology*, vol. 25, núm. 1, p. 57.
- Hayes, N. y S. Joseph (2003), “Big 5 correlates of three measures of subjective well-being”, *Personality and Individual differences*, vol. 34, núm. 4, pp. 723-727.
- He, Y. *et al.* (2018), “Levels of neuroticism differentially predict individual scores in the depression and anxiety dimensions of the tripartite model: A multiwave longitudinal study”, *Stress and Health*.

- Hietalahti, M. *et al.* (2018), "Relationships between personality traits and values in middle aged men and women", *Journal of Happiness and Well-Being*, núm. 6.
- Hofstede, G. y R.R. McCrae (2004), "Personality and culture revisited: Linking traits and dimensions of culture", *Cross-cultural research*, vol. 38, núm. 1, pp. 52-88.
- John, O. P. *et al.* (1994), "The 'little five': Exploring the nomological network of the five-factor model of personality in adolescent boys", *Child development*, vol. 65, núm. 1, pp. 160-178.
- John, O. P., L.P. Naumann y C.J. Soto (2008), "Paradigm shift to the integrative big five trait taxonomy", *Handbook of personality: Theory and research*, vol. 3, núm. 2, pp. 114-158.
- Kenford, S. L. *et al.* (2002), "Predicting relapse back to smoking: Contrasting affective and physical models of dependence", *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 70, núm. 1, p. 216.
- Koolhaas, J. M. (2008), "Coping style and immunity in animals: making sense of individual variation", *Brain, behavior, and immunity*, vol. 22, núm. 5, pp. 662-667.
- Kotov, R. *et al.* (2010), "Linking 'big' personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis", *Psychological bulletin*, vol. 136, núm. 5, p. 768.
- Maric, N. P. *et al.* (2016), "Openness to experience shortens duration of untreated psychosis in Serbian clinical population", *Early intervention in psychiatry*.
- Markova, G. (2018), "Not bad, just unhappy: diminished well-being as a motive for interpersonal deviance", *Leadership & Organization Development Journal*, vol. 39, núm. 1, pp. 66-81.
- Martorelli, A.E.M. (Producer) (2004), "Positive psychology and health in patients with end stage renal disease", Asociación Regional de Dialisis y Transplantes Renales, *Revista de Nefrología*.
- McAdams, D.P. (1992), "The five-factor model in personality: A critical appraisal", *Journal of personality*, vol. 60, núm. 2, pp. 329-361.
- McCrae, R.R. y P.T. Costa Jr. (1997), "Personality trait structure as a human universal", *American psychologist*, vol. 52, núm. 5, p. 509.
- McCrae, R.R., A. Terracciano y B. Khoury (2007), "Dolce far niente: The positive psychology of personality stability and invariance.
- Meda Lara *et al.* (2015), "Validez factorial del neo-ffi en una muestra mexicana: propuesta de una versión reducida" (S. M. A.C., Ed.), *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 32, núm. 1, enero-junio, 57-67.
- Millon, T. *et al.* (2012), *Personality disorders in modern life*, John Wiley & Sons.

- Mirnics, Z. *et al.* (2013), "The relationship between the big five personality dimensions and acute psychopathology: mediating and moderating effects of coping strategies", *Psychiatria Danubina*, vol. 25, núm. 4, pp. 0-388.
- Murphy, E. M. (prod.) (2005), "La promoción de comportamientos saludables", *Population Reference Bureau*, octubre.
- Naranjo, B.R.M., D.R. Montes, A.M.L Ávalos y T.R. Oropeza (2017), "Revisión sistemática de estrategias para el tratamiento de la obesidad infantil", *Uaricha*, vol. 14, núm. 32, pp. 31-43.
- Nigel, S. M., M. Dudeck, S. Otte, K. Knauer, V. Klein, T. Böttcher... y J. Streb (2018), "Psychopathy, the Big Five and empathy as predictors of violence in a forensic sample of substance abusers", *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, pp. 1-19.
- Oshio, A., K. Taku, M. Hirano y G. Saeed (2018), "Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis", *Personality and Individual Differences*, núm. 127, pp. 54-60.
- Peñacoba, C., L. Rodríguez, J. Carmona y D. Marín (2017), "Agreeableness and pregnancy: Relations with coping and psychiatric symptoms, a longitudinal study on Spanish pregnant women", *Women & health*, núm. 1.
- Reyes Zamorano, E., C. Álvarez Carrillo, A. Peredo Silva, A. Miranda Sandoval, R. Pastrana e I. Montzerrat (2014), "Propiedades psicométricas del inventario de los Cinco Grandes en una muestra mexicana", *Salud mental*, vol. 37, núm. 6, pp. 491-497.
- Roca-Chiapas, J. M. de la, S. Solís-Ortiz, M. Fajardo-Araujo, M. Sosa, T. Córdova-Fraga y A. Rosa-Zárate (2010), "Stress profile, coping style, anxiety, depression, and gastric emptying as predictors of functional dyspepsia: a case-control study", *Journal of psychosomatic research*, vol. 68, núm. 1, pp. 73-81.
- Roca-Chiapas, J. M. de la, M. Hernández-González, M. Candelario, M. de la Luz Villafaña, E. Hernández, S. Solorio... y J.A. Jasso (2013), "Asociación entre depresión y niveles altos de glucosa en pacientes mexicanos de edad media con diabetes", *Revista de Investigación Clínica*, vol. 65, núm. 3, pp. 209-213.
- Salas, A. M., Z.V. Gattas, S.X. Ceballos y A.R. Burrows (2010), "Effects of psychological support as an adjunct to a weight reducing program among obese children", *Revista medica de Chile*, vol. 138, núm. 10, pp. 1217-1225.
- Simpson, A. y N.A. Thomas (2018), "Neuroticism, schizotypy, and scale anchors influence eye movement behaviour in the visual exploration of abstract art: An exploratory study", *Acta Psychologica*, núm. 183, pp. 85-98.
- Skodol A. y D.S. Bender (2009), "The future of personality disorders in DSM- V?", *Am J Psychiatry*, vol. 166, núm. 4, pp. 388-391.
- Terracciano, A. *et al.* (2008), "Five-Factor Model personality profiles of drug users", *BMC psychiatry*, vol. 8, núm. 1, p. 22.

- Trull, T. J. y K. J. Sher (1994), "Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample", *Journal of abnormal psychology*, vol. 103, núm. 2, p. 350.
- Tse, J., P. Kwon y E. Faust (2018), "Extraversion as a moderator of resilience factors in lesbian, gay, and bisexual adults", *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, vol. 22, núm. 1, pp. 36-51.
- Van Dijk, F. A. (2018), "A longitudinal analysis of the effects of neuroticism and extraversion on subjective well-being in patients with schizophrenia", *Psychiatry Research*, núm. 259, pp. 538-544.
- Van Os, J. y P. B. Jones (2001), "Neuroticism as a risk factor for schizophrenia", *Psychological medicine*, vol. 31, núm. 6, pp. 1129-1134.
- Verhoeven, F. E. et al. (2018), "Seeing the signs: Using the course of residual depressive symptomatology to predict patterns of relapse and recurrence of major depressive disorder", *Depression and anxiety*, vol. 35, núm. 2, pp. 148-159.
- Vuijk, R., M. Deen, B. Sizoo y A. Arntz (2018), "Temperament, Character, and Personality Disorders in Adults with Autism Spectrum Disorder: a Systematic Literature Review and Meta-analysis", *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, pp. 1-22.
- Wang, Y. et al. (2014), "The mediating role of self-efficacy in the relationship between Big five personality and depressive symptoms among Chinese unemployed population: a cross-sectional study", *BMC psychiatry*, vol. 14, núm. 1, p. 61.
- Wardenaar, K. J., H. J. Conradi y E. H. Bos (2014), "Personality modulates the efficacy of treatment in patients with major depressive disorder", *The Journal of clinical psychiatry*, vol. 75, núm. 9, pp. e916-23.
- You, J. et al. (2018), "Personality, coping strategies and emotional adjustment among Chinese cancer patients of different ages", *European journal of cancer care*, vol. 27, núm. 1.
- Zamorano, E. R. et al. (2014), "Psychometric properties of the big five inventory in a Mexican sample", *Salud Mental*, vol. 37, núm. 6, pp. 491-497.
- Zawadzki, B. (2018), "The location of personality disorders in the Circumplex of Personality Metatraits", *Roczniki Psychologiczne/Annals of Psychology*, vol. 20, núm. 2, pp. 493-512.

EL CUIDADO DE LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA HISTÓRICO-CULTURAL: DE LA PERSPECTIVA A LA PRÁCTICA

*José Carlos Palacios Montoya; Miguel Ángel Sahagún Padilla;
Pedro Reynaga Estrada; Cecilia Colunga Rodríguez; José Luis Lalueza Sazatornil*

La perspectiva histórico-cultural es un referente en las teorías del desarrollo con un marcado énfasis social (Wertsch, Río y Álvarez, 1995). Desde los primeros trabajos de Vigotsky, todo proceso psicológico se entiende, primariamente, como un proceso social, a lo que suele llamarse ley de la doble formación o proceso de doble estimulación (Sannino, 2015). Las consecuencias de dicho posicionamiento no son del todo evidentes, pues puede pensarse por ejemplo que una vez que una función ha sido adquirida, ésta termina por asentarse y desplegarse en el plano individual. La apuesta según la presentamos es más arriesgada. Diremos además que no pensamos nunca del todo solos ni por cuenta propia; que todos los procesos psicológicos superiores y básicos son sociales no sólo en origen, sino de principio a fin.

Que los procesos psicológicos tengan su origen en procesos de socialización puede extenderse entonces a decir que son procesos sociales en el mismo sentido en que las prácticas económicas y políticas lo son también (Pavón-Cuéllar, s/f). Así, el desarrollo psicológico del adulto suele abordarse, por ejemplo, en relación con una serie de tareas de desarrollo que tienen un marcado tinte cultural hegemónico, una dirección ideológica. Desde la perspectiva histórico-cultural, lo social es dialéctico (Roth y Jornet, 2016) y, por tanto, móvil. En realidad no se podría hablar de tareas dadas, sino de tareas en una reconfiguración continua. Lo anterior no quiere decir que no existan constantes, sino que éstas son mucho menos específicas que el ser capaz de realizar determinada “tarea del desarrollo” al cumplir 30 años (como empezar a pagar casa propia). En el cuidado de la salud podemos localizar una de estas tareas en configuración constante. Además, si bien las técnicas y contextos del cuidado de la salud cambian, cuidar de nuestro bienestar es una constante de la civilización humana y por ello lo consideramos un punto de reflexión obligado para conocernos mejor.

Por otra parte, entre los elementos cambiantes de lo social podemos ubicar un sinfín de formas de mediación simbólica. Estas formas de mediación se articulan con diferentes dispositivos materiales que las posibilitan (Cole, 1996). Se puede decir que en nuestra época los dispositivos mediadores son cada vez más digitales, interactivos y electrónicos. Con la emergencia de ideas como el Internet de las cosas o la tecnologización de los servicios públicos no podemos pasar por alto la importancia de las tecnologías como formas de transformar el mundo. Uno de los ámbitos en los que más se aprecian los avances tecnológicos, digitales y no digitales, es en el ámbito de la salud. Glucómetros, resonancias magnéticas y nanotecnología cambian día con día nuestra esperanza de vida y expanden las posibilidades de hacer frente al deterioro de la salud *et al.*, 2015). Pero a pesar de los avances en la complejidad de las tecnologías, el uso de las mismas como mediadores de la actividad humana es limitado, al menos en países como México. Si bien tenemos tecnologías de punta, éstas no necesariamente representan un puente entre un estado de salud deteriorado y uno bien conservado, ni mejores posibilidades para realizar trabajos en los que se cuida la salud de otros.

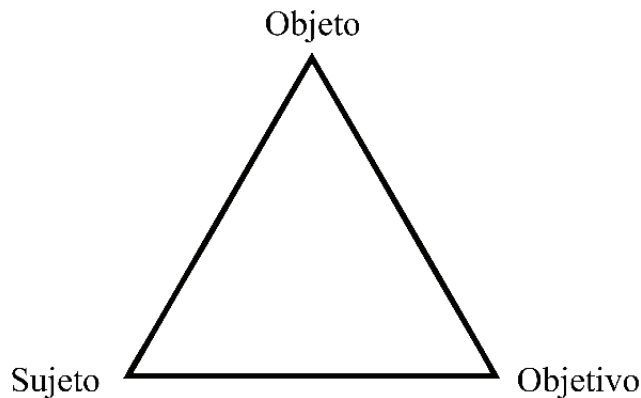
En los últimos años, los modelos de actividades de cuidado de la salud han evolucionado, al menos en cuanto a propuesta, hacia formas cada vez más participativas (Rossi *et al.*, 2015) en las que el uso de tecnologías de punta ocupa un lugar central (Anzaldo-Campos *et al.*, 2016). Los modelos participativos en salud son un terreno fértil para los análisis histórico-culturales, pues son primordialmente procesos de intercambio y negociación de significados. El uso de tecnologías, sin embargo, no goza de las mismas características: los objetos por sí mismos no negocian significados. De ahí la relevancia de articular un análisis histórico-cultural de la actividad humana que responda a las características de la época en la que vivimos. Tenemos que hablar de las máquinas, de nuestras formas de producción y, sobre todo, de cómo ambas nos pueden permitir cuidar de nuestra salud.

EVOLUCIÓN DE LA PERSPECTIVA CULTURAL HISTORICAL ACTIVITY THEORY (CHAT)

Los sistemas de actividad como escenarios de negociación de significados, el uso de tecnologías y el cuidado de la salud no han sido temas presentes desde los inicios de la perspectiva histórico-cultural, aunque se puede decir lo mismo de otras aproximaciones de estudios psicosociales (Lemos, Pereira-Querol

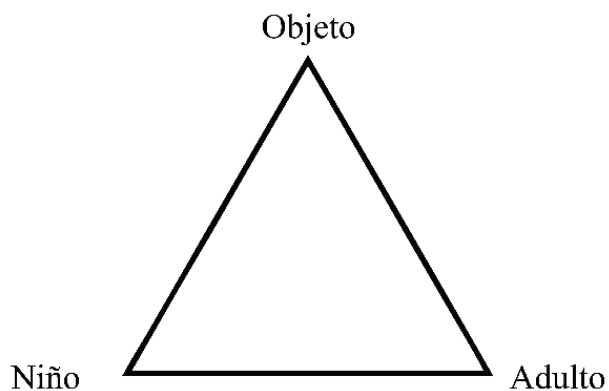
y Almeida, 2013). Actualmente, se habla de tres generaciones de teoría histórico-cultural en las que han ido cambiando los temas y ámbitos de interés (Yamagata-Lynch, 2010). En la primera generación el objeto de estudio fue la mediación y el escenario más cotidiano, la educación. En la segunda generación el objeto fue la actividad, continuando con el escenario educativo. Finalmente, en la tercera generación se integra la actividad mediada (Engeström, 2006) como concepto principal y objeto de estudio, además de agregar los escenarios laborales (Engeström, 2000, 1990, 2008; Engeström y Sannino, 2011), las relaciones institucionales y los escenarios de interacción tecnológica (Lemos *et al.*, 2013; Ronnie Cheung, 2014). En las figuras 1, 2 y 3 se muestra el paso del énfasis en la mediación a la actividad mediada, lo que supuso además un paso del análisis micro-genético al macro-genético, incluyendo una descripción contextual de la mediación semiótica.

FIGURA 1
Mediación, primera generación



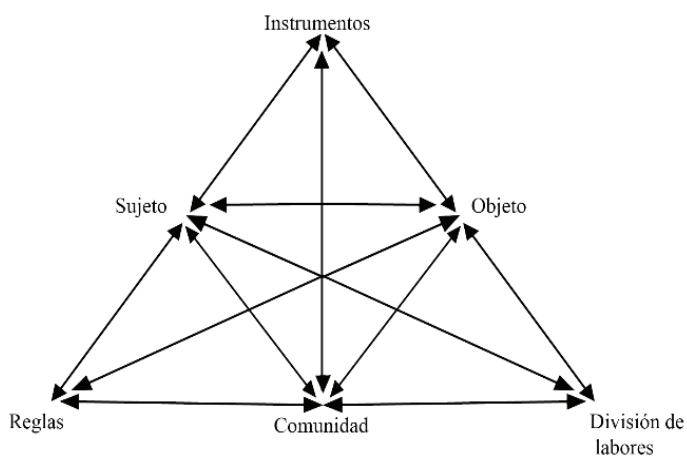
Adaptado de Yamagata-Lynch (2010).

FIGURA 2
Actividad, segunda generación



Adaptado de Yamagata-Lynch (2010).

FIGURA 3
Actividad mediada, tercera generación



Adaptado de Yamagata-Lynch (2010).

La tercera generación parte del concepto de actividad mediada y junto con dicho concepto se han conservado otros de la primera generación como zona de desarrollo, símbolo y consciencia. Asimismo, se han añadido otros elementos conceptuales que sobre todo abonan al terreno de la contextualización de la actividad y su transformación dialéctica (Akkerman y Bakker, 2011; Engeström y Sannino, 2010; Engeström y Sannino, 2011; Foot y Groleau, 2011): *a)* historicidad, como transformación dialéctica de la actividad en el espacio y el tiempo; *b)* multivocidad, en términos de múltiples perspectivas, intereses y tradiciones, que pueden ser fuente de tensión como voces que traen sus propias historias, reglas y convenciones diversas a la colaboración; *c)* contradicción, como proceso inherente a toda actividad humana, explicada por la acumulación histórica de tensiones estructurales dentro y entre sistemas de actividad; *d)* frontera, que remite a las distinciones y diferencias establecidas entre y dentro de sistemas de actividad, creados y acordados por grupos y actores individuales en un periodo largo mientras están involucrados en esas actividades y *e)* aprendizaje expansivo, una actividad de aprendizaje que tiene sus propias acciones y herramientas y que produce culturalmente nuevos patrones de actividad.

Dichos conceptos además se hacen acompañar por un esquema de la actividad mediada que permite entender los componentes en interacción en una actividad modelo. Los componentes del esquema de sistemas de actividad (Cole, 1996; Yamagata-Lynch, 2010) son descritos como: 1) objetos, que pueden ser el objetivo de una actividad, los motivos del sujeto para participar en una actividad, y los productos materiales que los sujetos ganan a través de una actividad; 2) sujetos, entendidos como los participantes en una actividad, motivados hacia un propósito o logro del objeto; 3) artefactos, las herramientas en forma de recursos cognitivos o materiales, socialmente compartidos, que los sujetos pueden utilizar para alcanzar el objeto; 4) división del trabajo, que remite a la participación compartida de responsabilidades en la actividad determinada por la comunidad; 5) reglas, informales o formales, que regulan la participación de los sujetos mientras participan en una actividad y 6) comunidad, el grupo u organización a la que pertenecen los sujetos.

El esquema de sistema de actividad es además una herramienta fundamental para la vertiente metodológica de la tercera generación: el análisis de sistemas de actividad (ASA) (Yamagata-Lynch, 2010). Dicho análisis consiste en delimitar los elementos que constituyen la actividad, sus interacciones intrínsecas y extrínsecas, así como los puntos de contacto con otras actividades, fronteras, y las contradicciones que se pueden presentar inter e intrasistemas de actividad. Los trabajos actuales desde esta perspectiva buscan expandir los ámbitos de aplicación

de la teoría probando sus conceptos en diferentes escenarios. El análisis de sistemas de actividad puede ser aplicado a prácticamente cualquier actividad humana. La herramienta metodológica del ASA es flexible y puede ser adaptada según el contexto y las inquietudes de investigación lo requieran. Una de las condiciones implicadas en su implementación es que exige comprobar y expandir la teoría histórico-cultural (Haigh, 2007), razón por la cual se ha llegado a afirmar que no es una herramienta cualitativa ni cuantitativa explícitamente. Si bien esto es cierto, la herramienta metodológica ha demostrado ser útil para comprender múltiples escenarios y situaciones sociales, generando nuevas teorizaciones y revisándose constantemente a la luz de nuevos horizontes de exploración.

LA QUINTA DIMENSIÓN

Dentro de la evolución de la teoría histórico-cultural, una vertiente diferente pero complementaria son los estudios orientados por el modelo de la quinta dimensión 5D (Cole y Consortium, 2006). El término alude a la dimensión simbólica, que configura la realidad humana al lado de las tres dimensiones del espacio y la dimensión temporal. Quizá la forma más clara de entender el porqué del término 5D sea revisando la forma en que se ha procedido desde este planteamiento. Sus inicios se ubican en la necesidad de remediar la brecha entre niños con diferencias en el rendimiento escolar (Cole, 1983). Siguiendo la propuesta de Vigotsky, lo que había que determinar eran las mediaciones que unos tenían y otros no, para luego generar esas mediaciones faltantes. Para atender a estas exigencias, lo que se realizó inicialmente fue un juego integrado por diferentes recursos simbólicos como formas de mediación (Cole, 2013).

El juego que se implementó inicialmente por la metodología 5D fue un laberinto con formato computacional, en el cual se resolvían tareas en horarios extra clase. Los alumnos convocados al programa 5D interactuaban por una parte con el juego del laberinto, que implicaba –como todo juego– ciertas reglas, sanciones y recompensas, además de una forma de identificación, a manera de pasaporte. Asimismo, existía un personaje que acompañaba a los niños en la realización de la tarea y como confidente, alguien con quien pudieran dialogar para elaborar sus experiencias. Al final del programa los artefactos mediadores que funcionaron como recursos simbólicos –el juego, las reglas, el pasaporte y el personaje– habían realizado la labor de andamiaje entre lo que el alumno podía hasta el momento hacer por su cuenta y lo que podía lograr con algo de apoyo.

La metodología se ha modificado, pero prevalece el énfasis en los mediadores simbólicos y el formato lúdico/participativo de la actividad. Un ejemplo de ello son los trabajos realizados en Barcelona en el programa Shere Room (Lalueza, Crespo, Bria, 2008; Lalueza *et al.*, 2004). En dicho programa se siguen los principios de adaptabilidad, narratividad, carácter colaborativo y adecuación tecnológica. Además de haber implementado tanto el modelo del laberinto, también ha probado con otro denominado trovadores, este último teniendo como eje un artefacto diferente, una historia contada a partir de una temática seleccionada por el total de los participantes. Con el eje temático propuesto se elabora una producción audiovisual con condiciones bastante flexibles; el canon es lo que el grupo decida. Finalmente, la producción audiovisual se presenta y se reflexiona sobre lo presentado, dando lugar a una reelaboración del material y con ello la posibilidad de recontar la historia (Lalueza, 2012). Modelos parecidos al de trovadores se han implementado en Estados Unidos en el ámbito de la salud, aunque no se identifican directamente con la metodología 5D. Mujeres con cáncer de mama, por ejemplo, producen materiales audiovisuales para compartir con otras cómo superaron o afrontaron la enfermedad, al tiempo que reflexionan sobre su propio proceso (Pérez *et al.*, 2014).

UNA DELIMITACIÓN DE CONCEPTOS

Como ya se mencionó, el cuidado de la salud es un escenario de negociación de significados constante en la civilización humana. Como tal, puede ser analizado en términos de sistema de actividad humana. Se trata esencialmente de entender cómo funciona el sistema de actividad en el que se cuida de la salud y qué papel juega en ello la mediación tecnológica. Dentro de dicho sistema de actividad, además de interactuar varios sujetos, se generan trayectorias que atraviesan fronteras entre actividades. Tomar como ejemplo el cuidar de otros con otros nos permitiría generar un modelo de cómo se puede estudiar el trabajo de cuidar la salud y su relación con la mediación tecnológica en nuestro contexto y momento actuales. Pero para abordar esa labor es conveniente delimitar conceptos que están implícitos en el escenario analizado, a saber: negociación de significados, cuidado de la salud y tecnología.

Habiendo dejado en claro que partimos de la CHAT, sus conceptos y métodos, resulta pertinente aclarar los conceptos y el escenario a los que nos aproximamos desde dicha perspectiva. Cuando nos referimos a la negociación de significados, partimos de algunos supuestos previos para considerar que es algo que se produce

en la interacción humana. Un supuesto es que la génesis de los procesos psicológicos es social y que su desarrollo es socialmente mediado; una mediación de carácter semiótico. Interactuamos con los demás con signos articulados de manera significativa; un interactuar mediante significados. La diferencia entre símbolo, signo y significado nos remite a la doble dimensión del significado. Por una parte, su dimensión material, un signo, en tanto trazo o sonido. Por otra parte, su dimensión conceptual, es decir, aquello por lo que vale, lo que representa y por lo que es usado.

Cuando hablamos de cuidado de la salud nos referimos un sistema de actividad complejo orientado a preservar y aumentar el bienestar desde planos como el comunitario y el institucional-asistencial. Aunadas a las herramientas teóricas de la CHAT, contamos con definiciones que se han usado para orientar las investigaciones referentes a la forma en que el espacio de trabajo incide en el desarrollo y salud de las personas. La salud laboral, el clima organizacional y el bienestar son algunas de las nociones recurrentes en los estudios actuales referentes al desarrollo del individuo en el trabajo. Aunque las nociones difieren en su definición, existen notables coincidencias respecto a que el bienestar en el trabajo está ligado al bienestar general y que el trabajo es un escenario fundamental para el desarrollo del adulto (Cappelleri *et al.*, 2008).

De acuerdo con la oms (2010), un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo con base en indicadores como la salud y la seguridad concernientes al espacio físico de trabajo; la salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del ambiente de trabajo; los recursos de salud personales en el espacio de trabajo y las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad.

Desde una perspectiva histórico-cultural resulta de interés ver cuáles son los momentos y lugares en los que se despliegan los servicios de salud, además de las herramientas de las que disponen los sujetos implicados en los servicios. Dichas herramientas como lo hemos dicho son cada vez más tecnológicas. Las tecnologías serían entonces artefactos mediadores de las actividades humanas y en algún momento precursores y complementos de herramientas psicológicas. Apegándonos a la explicación antropogénica que Vigotsky sustrae de Engels, concebimos las tecnologías actuales como herramientas semióticas, artefactos mediadores que devienen entre lo social y lo individual. Como toda herramienta, la tecnología

puede por lo tanto aproximar al sujeto a los mejores y peores aspectos de la civilización humana.

APLICACIÓN DEL MODELO CHAT

Según la revisión de sistemas de salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, por sus siglas en inglés), los principales problemas del sistema de salud en México tienen que ver con la distribución de los recursos (OECD, 2016). Un ejemplo de ello es que se invierte más en publicidad que en capacitación del personal. Asimismo, en los escenarios más alejados de las grandes urbes y donde viven mayoritariamente población indígena y mujeres, los recursos de atención son insuficientes, tal como los recursos de dichos sujetos. Ciertamente es una situación que padecen los derechohabientes del sistema de salud, pero involucra de igual manera al personal sanitario, que además son en otras ocasiones pacientes. Por otra parte, los recursos humanos y tecnológicos existen, pero su implementación no ha sido estudiada desde su dimensión psicosocial. Mostramos a continuación dos casos que ejemplifican la aplicación de la teoría y métodos histórico-culturales de tercera generación a este tipo de escenarios.

Uno de los principales problemas de salud en México y el mundo es la dificultad de contener las enfermedades crónico degenerativas (International Diabetes Federation, 2016). Dicha dificultad tiene tintes marcadamente históricos y culturales (Brown *et al.*, 2002; Caballero, 2005). Los estilos de vida actuales instituidos como prácticas culturales inciden directamente en el desarrollo y agravamiento de las enfermedades (Aguiar *et al.*, 2016; Carper *et al.*, 2014). Los tratamientos sin embargo recién comienzan a tomar en cuenta los elementos culturales implicados en las enfermedades crónicas. Habiendo detectado ese vacío en la investigación del cuidado de la salud —una problemática apremiante—, dimos a la tarea de diseñar un estudio que posibilitara una mejor comprensión de esos elementos culturales y que supusiera una instancia de expansión de la teoría y métodos del enfoque histórico-cultural.

QUINTA DIMENSIÓN (5D) INCURSIONANDO EN LA SALUD

La primera aproximación al modelo CHAT que se realizó en un escenario de salud fue el desarrollo de un artefacto 5D. La implementación de una metodo-

logía 5D para desarrollar un artefacto mediador es un procedimiento en el que se diseñan nuevas herramientas semióticas; aun cuando la metodología generalmente ha sido aplicada en ámbitos educativos, tiene potencial para diferentes escenarios.

En el marco de una invitación a colaborar con la Unidad Médica de Especialidades en enfermedades crónicas (UNEME), decidimos probar los alcances de la metodología histórico-cultural 5D. La recolección de datos se llevó a cabo en el complejo Tercer Milenio de la Secretaría de Salud del estado de Aguascalientes. Dicho complejo implica los tres niveles de atención a la salud, aunque los escenarios observados pertenecen únicamente al primer y segundo nivel de atención la salud y, dentro del mismo complejo, son el Centro de Salud Morelos, el Hospital Tercer Milenio y UNEME enfermedades crónicas. Dichos escenarios permitieron la observación de las trayectorias de cuidado de la salud en la relación entre pacientes y personal. Los sujetos observados pertenecen al personal de salud de manera integral según el modelo modular que se supone sigue la Secretaría de Salud. Esto incluye las áreas de enfermería, medicina, nutrición, psicología y trabajo social. La técnica de recolección de datos fue la observación participante que se realizó en un periodo de seis meses, con dos observaciones semanales en cada escenario. Para ello se capacitó a un equipo de diez observadores. Los observadores acudieron a los escenarios de trabajo y analizaron tanto las prácticas como los documentos y artefactos que las posibilitan, en consistencia con lo requerido por el ASA. En cada reporte de observación se mantuvo la consigna de la densidad descriptiva, así como de el énfasis en señalar los componentes del sistema de actividad, historicidad, multivocidad, contradicción y frontera. El análisis de sistemas de actividad se realizó con asistencia del programa ATLAS.ti. Se elaboró una unidad hermenéutica en la que se codificaron los componentes del sistema de actividad, así como los elementos: historicidad, multivocidad, contradicción y frontera.

A diferencia del análisis de sistemas de actividad, los elementos de análisis no se encuentran preestablecidos, por lo que se pueden definir junto con los participantes. De esta manera se estableció con el personal de la UNEME y con pacientes las principales dificultades en la atención (cuadro 1).

CUADRO 1

Relación de dificultades en relación a las prácticas de cuidado

Dificultades identificadas por el personal	• Delimitar sus labores y no replicar actividades. • Incidir en los indicadores metabólicos de los pacientes. • Explicar a los pacientes cuestiones médicas. • Abordar situaciones personales de los pacientes que inciden en el tratamiento.
Dificultades identificadas por pacientes	• No les parecían claras las instrucciones recibidas del personal de salud. • No podían ubicar ni distinguir a los especialistas. • Se les presentaban muchos cambios de hábitos que afectaban sus formas de vida. • La información escrita en diferentes documentos no siempre era inteligible.

En cuanto a lo observado dentro de los escenarios de trabajo se integró y sintetizó en las categorías de análisis ya descritas (cuadro 2).

CUADRO 2

Códigos analizados en ATLAS-ti y aspectos recurrentes en relación

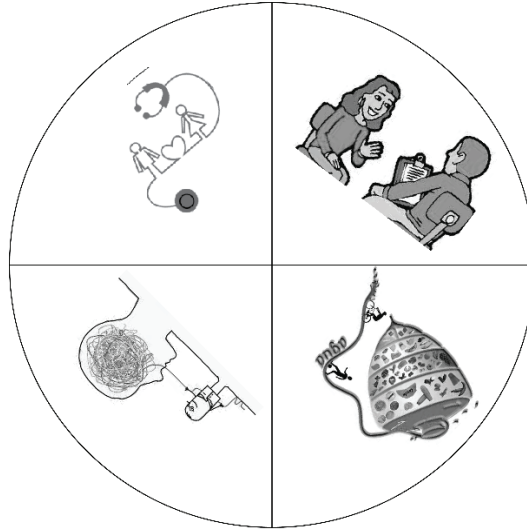
<i>Categoría de análisis</i>	<i>Aspectos recurrentes</i>
Historicidad	• Tanto el personal de salud como los pacientes pertenecen a una tradición en la que la comida y las relaciones sociales son más importantes que el cuidado individual.
Multivocidad	• Diferentes instrucciones a los pacientes. • Diferentes objetivos en la práctica del personal de salud.
Contradicción	• Lo que dice el médico y el nutriólogo respecto a la alimentación no se asemeja, se añade además lo que dicen otros significativos. • Se pide al personal de salud atención de calidad, se cuenta con 20 minutos para la consulta.

<i>Categoría de análisis</i>	<i>Aspectos recurrentes</i>
Frontera	• El paso del paciente del sistema de actividad de la casa al sistema de salud y de regreso le implica adaptarse a cambios de reglas, multivocidad y contradicciones. • Las fronteras entre los sistemas de actividad de cada especialista en el cuidado de la salud se empalman, dando lugar a un cruce de fronteras en el que se duplican actividades.

Después de indagar las dificultades tanto con el personal de salud como con los pacientes, el equipo de colaboradores realizó una reunión donde se conjuntaron ideas y se presentaron opciones para desarrollar un dispositivo 5D, encontrando como dificultades principales la carencia de equipos tecnológicos y el poco conocimiento respecto a tecnologías por parte de los pacientes. Asimismo se distinguió como obstáculo a superar el empatar los objetivos de trabajo del personal de salud con las necesidades y características de los pacientes. En el proceso de diseño de una tecnología mediadora se revisaron los resultados de la observación con el personal de salud y con pacientes voluntarios; en la reunión de revisión se discutieron los aspectos más recurrentes de cada código y se planteó además que el código que presentaba más recurrencias era el de artefacto, apareciendo como el más relacionado con situaciones contradictorias y conflictivas. A partir de lo discutido se acordó que se requería un artefacto medidor que permitiera seguir al paciente en su trayectoria sin duplicar actividades pero que también el paciente pudiera implicarse. El resultado de compartir los datos analizados fue la generación de un par de artefactos mediadores.

El primer artefacto mediador es un tablero (5D) que debía ser dinámico, atractivo para los pacientes y que además no requiriera mucho espacio ni complejidad para ser elaborado. Tras una sesión donde se probaron prototipos, el que se consideró más viable fue uno con forma de ruleta (véase figura 4). La ruleta tenía apartados por cada área de la UNEME: psicología, nutrición, medicina, trabajo social y enfermería. En cada apartado se incluía un espacio donde se depositaron sobres con actividades orientadas a lograr de manera conjunta los objetivos del personal y la cobertura de necesidades de los pacientes.

FIGURA 4
Ruleta 5D



Las actividades implicaron diferentes retos que aproximaron a los participantes a un mejor conocimiento de los servicios de la UNEME y a las herramientas de cuidado de salud que se les ofrecen. Además, para el personal de la UNEME se presentó una oportunidad para identificar contenidos que no quedaban claros a los pacientes y prácticas que resultaban poco útiles. El equipo de colaboradores que desarrolló la intervención destacó en su participación que el proceso de adaptar 5D a un formato no computarizado fue un reto. Las principales dificultades relacionadas con la brecha digital pudieron superarse y brindaron una oportunidad para la reflexión metodológica. La elaboración del artefacto mediador evidenció un eje transversal a las tecnologías digitales y las no digitales: ambas resultan útiles en tanto se conviertan en mediadores efectivos y herramientas semióticas.

El segundo artefacto mediador es un acuerdo de cuidado en el que se plantean situaciones específicas, procesos de significación, explicitación de los conflictos y propuestas de solución (cuadro 3). La herramienta queda pendiente en su proceso de implementación.

CUADRO 3
Elementos para un acuerdo de cuidado

<i>Situación</i>	<i>Procesos</i>	<i>Explicitación</i>	<i>Propuestas</i>
Falta de medicamentos.	Contradicción, multivocidad.	El médico dice que no hay medicamento, pero a veces no lo sabe.	Indicar al paciente que puede regresar en caso de no haber medicamento y buscar una alternativa. Manifestar la situación a niveles directivos.
Los pacientes permanecen mucho tiempo sin actividades en el centro de salud (horas de sala de espera).	Contradicción, historicidad.	Se tiene que generar un acuerdo entre los directivos y personal de salud. No se contempla el efecto del tiempo perdido.	Se propone revisar asignación de dictas por horario y usar sala de espera para promoción de salud.
Tiempo destinado a trámites administrativos.	Contradicción, frontera.	La exigencia institucional los lleva a generar indicadores. El sistema informático no puede hacer ese trabajo.	Dialogar a niveles directivos hacia la simplificación de procesos. Buscar estrategias para informar mejor a los pacientes.

CONCLUSIONES

Las posibles rutas del desarrollo no siempre son mejoras en la vida de los trabajadores de la salud y pacientes. Conviene traer a cuento el concepto de dialéctica negativa de Adorno (O'Connor, 2004), pues no siempre la resolución entre los opuestos es una síntesis con lo mejor de cada uno. Dicha conclusión se sustenta en que las problemáticas que atendimos surgen principalmente porque los opuestos *personal de salud-pacientes* generaban en su encuentro una situación adversa para ambos haciendo también evidente que se necesita intervención. La misma dialéctica negativa se puede observar en la relación del opuesto *trabajador de sa-*

lud-institución de salud. El encuentro entre el personal de salud y la institución queda lejos de proveer un ambiente seguro y de bienes; por el contrario, limita las posibilidades de los trabajadores.

Existen diferentes tipos de trayectorias del cuidado de la salud que se concatenan a las trayectorias vitales individuales y sociales, a eso podemos llamarle historicidad. El cuidado de la salud aparece como una labor que recae únicamente en el personal de salud, siendo que los recursos humanos y tecnológicos son insuficientes y que las prácticas cotidianas de cuidado tienen más peso en la mejora de la salud, las cuales corresponden a los pacientes y sus familias. La tradición en la que viven tanto personal de salud como pacientes tiene contradicciones evidentes con el cuidado de salud propuesto por los sistemas de salud. La contradicción no se ha resuelto a favor de la salud.

Algunas trayectorias conducen a mejores condiciones, con altibajos, pero tienden a mejorar. Otras trayectorias van empeorando. No siempre el resultado de una contradicción es la mejora. El deterioro es una realidad y el agravamiento de las contradicciones también, por ello es necesario intervenir. La necesidad de investigaciones respecto a los factores culturales se hace evidente en los alcances de los estudios presentados puesto que queda en blanco la explicación de los sistemas de actividad en los hogares de los pacientes. El enfoque histórico-cultural se muestra como una herramienta útil para describir los sistemas de actividad y diseñar herramientas para intervenir en ellos, pero los estudios de carácter descriptivo no estadístico son poco atendidos para la modificación de políticas públicas.

FUENTES CONSULTADAS

- Abetz, L. (2008), "Development and validation of the Well-being and Satisfaction of CAREgivers of Children with Diabetes Questionnaire (WE-CARE)", *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 3. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-3>
- Aguiar, E. J. *et al.*, (2016), "Efficacy of the Type 2 Diabetes Prevention Using LifeStyle Education Program RCT", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 50, núm. 3, pp. 353-364. doi: 10.1016/j.amepre.2015.08.020
- Akkerman, S.F., y A. Bakker (2011), "Boundary Crossing and Boundary Objects", *Review of Educational Research*, vol. 81, núm. 2, pp. 132-169. doi: 10.3102/0034654311404435"
- Anzaldo-Campos, A., *et al.* (2016), "Dulce Wireless Tijuana: A Randomized Control Trial Evaluating the Impact of Project Dulce and Short-Term Mobile Technology on Glycemic Control in a Family Medicine Clinic in Northern Mexico", *Diabetes Technology & Therapeutics*, vol. 18, núm. 4, pp. 240-251. doi: 10.1089/dia.2015.0283

- Årsand, E., *et al.* (2012), "Mobile health applications to assist patients with diabetes: lessons learned and design implications", *Journal of Diabetes Science and Technology*, vol. 6, núm. 5, pp. 1197-1206.
- Benitez, T. J. *et al.* (2015), "Using Web-Based Technology to Promote Physical Activity in Latinas Results of the Muevete Alabama Pilot Study", *Cin-Computers Informatics Nursing*, vol. 33, núm. 7, pp. 315-324. doi: 10.1097/CIN.0000000000000162
- Brown, S.A. *et al.* (2002), "Culturally Competent Diabetes Self-Management Education for Mexican Americans", *Diabetes Care*, vol. 25, núm. 2, pp. 259-268. doi: 10.2337/diacare.25.2.259
- Caballero, A.E. (2005), "Diabetes in the Hispanic or Latino population: genes, environment, culture, and more", *Current Diabetes Reports*, vol. 5, núm. 3, pp. 217-225.
- Cappelleri, J. C., Gerber, R. A., Quattrin, T., Deutschmann, R., Luo, X., Arbuckle, R., y Carper, M. M., *et al.* (2014), "The differential associations of depression and diabetes distress with quality of life domains in type 2 diabetes", *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 37, núm. 3, pp. 501-510. doi: 10.1007/s10865-013-9505-x
- Cole, M. (1983), "A Socio-Cultural Approach to the Study of Re-Mediation". Recuperado a partir de <http://eric.ed.gov/?id=ED265955>
- (1996), *Cultural psychology: a once and future discipline*, Cambridge, Mass., Belknap Press of Harvard University Press.
- (2013), "Differences and deficits in psychological research in historical perspective: A commentary on the special section", *Developmental Psychology*, vol. 49, núm. 1, pp. 84-91. doi: 10.1037/a0029623
- (2006), *The Fifth Dimension: An After-School Program Built on Diversity*, Russell Sage Foundation. Recuperado a partir de: <http://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610441292>
- Dupré, J., y R. Gagnier (1996), "A Brief History of Work", *Journal of Economic Issues*, vol. 30, núm. 2, pp. 553-559.
- Engeström, Y. (1990), *Learning, working and imagining: twelve studies in activity theory*, Helsinki, Orienta-Konsultit Oy.
- Engeström, Y. (2000), "Activity theory as a framework for analyzing and redesigning work", *Ergonomics*, vol. 43, núm. 7, pp. 960-974. doi: 10.1080/001401300409143
- (2006), "From Well-Bounded Ethnographies to Intervening in Mycorrhizae Activities", *Organization Studies*, vol. 27, núm. 12, pp. 1783-1793. doi: 10.1177/0170840606071898
- (2008), *From teams to knots activity-theoretical studies of collaboration and learning at work*, Cambridge, New York, Cambridge University Press. Recuperado a partir de doi: 10.1017/CBO9780511619847

- y A. Sannino (2010), “Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges”, *Educational Research Review*, vol. 5, núm. 1, pp. 1-24. doi: 10.1016/j.edurev.2009.12.002
- (2011), “Discursive manifestations of contradictions in organizational change efforts: A methodological framework”, *Journal of Organizational Change Management*, vol. 24, núm. 3, pp. 368-387. doi: 10.1108/09534811111132758
- OMS (2010), *Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Soporte*, OMS. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- Foot, K. y C. Groleau (2011), “Contradictions, transitions, and materiality in organizing processes: An activity theory perspective”, *First Monday*, vol. 16, núm. 6. Recuperado de: <http://firstmonday.org/ojs/index.php/fm/article/view/3479>
- Haigh, J. (2007), “Expansive learning in the university setting: The case for simulated clinical experience”, *Nurse Education in Practice*, vol. 7, núm. 2, pp. 95-102. doi: 10.1016/j.nepr.2006.04.013
- International Diabetes Federation (2016), “IDF Clinical Practice Guidelines. Recuperado el 25 de abril de 2016, a partir de <http://www.idf.org/guidelines>
- Lalueza, J. L. *et al.* (2004), “Education as the creation of microcultures. From the local community to the virtual network”, *Interactive Educational Multimedia*, núm. 9, pp. 16-31.
- Lalueza, J. L., I. Crespo y M. Bria (2008), “Microcultures, Local Communities, and Virtual Networks”, en *Handbook of research on digital information technologies: innovations, methods, and ethical issues*, Hershey, PA, Information Science Reference, pp. 117-130.
- Lalueza, J. L. (2012), “Psychological approaches explaining cultural diversity”, *Cultura y Educación*, vol. 24, núm. 2, pp. 149-162. doi: 10.1174/113564012804932119
- Lemos, M., M.A. Pereira-Querol e I.M. de Almeida (2013), “The Historical-Cultural Activity Theory and its contributions to Education, Health and Communication: interview with Yrjö Engeström”, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 17, núm. 46, pp. 715-727. doi: 10.1590/S1414-32832013000300018
- O'Connor, B. (2004), *Adorno's negative dialectic: philosophy and the possibility of critical rationality*, Cambridge, Mass, MIT Press.
- OECD (2016) “OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016”, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264230491-en
- Pavón-Cuellar, D. (s/f), “Marxismo y psicología: una visión panorámica”. Recuperado a partir de https://www.academia.edu/20368458/Marxismo_y_psicologia%C3%ADa_una_vis%C3%B3n_panor%C3%A1mica

- Pérez, M. *et al.* (2014), “A novel intervention using interactive technology and personal narratives to reduce cancer disparities: African American breast cancer survivor stories”, *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, vol. 8, núm. 1, pp. 21-30. doi: 10.1007/s11764-013-0308-4
- Ronnie Cheung, D.V. (2014), “Activity Theory as a Design Framework for Collaborative Learning Using Google Applications Technology”, *Lecture Notes in Computer Science*, 7697. doi: 10.1007/978-3-662-43454-3_15
- Rossi, M.C. *et al.* (2015), “Interplay among patient empowerment and clinical and person-centered outcomes in type 2 diabetes. The BENCH-D study”, *Patient Education and Counseling*, vol. 98, núm. 9, pp. 1142-1149. doi: 10.1016/j.pec.2015.05.012
- Roth, W.-M., y A. Jornet (2016), “Perezhivanie in the Light of the Later Vygotsky’s Spinozist Turn”, *Mind, Culture, and Activity*, vol. 23, núm. 4, pp. 315-324. doi: 10.1080/10749039.2016.1186197
- Sannino, A. (2015), “The principle of double stimulation: A path to volitional action”, *Learning, Culture and Social Interaction*, 6, pp. 1-15. doi: 10.1016/j.lcsi.2015.01.001
- Valsiner, J. (1998), “The development of the concept of development: Historical and Epistemological perspectives”, en W. Damon y R. Lerner (comps.), *Handbook of child Psychology*. Nueva York, J. Willey & Sons, pp.189-232. (Trad. Al español: P. Musttonen)
- Wertsch, J. V., P. del Río y A. y Álvarez (eds.) (1995), *Sociocultural studies of mind*. Cambridge, Nueva York, Cambridge University Press.
- Yamagata-Lynch, L.C. (2010), “Understanding Cultural Historical Activity Theory”, en L.C. Yamagata-Lynch, *Activity Systems Analysis Methods*, Boston, MA, Springer US, pp. 13-26. Recuperado a partir de http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-6321-5_2

RUMIACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: UNA REVISIÓN PARA SU DIFUSIÓN CIENTÍFICA EN POBLACIÓN MEXICANA

*Karina Salud Montoya-Pérez; Roberto Montes-Delgado;
Omar Sánchez-Armáss Cappello; Ferrán Padrós-Blázquez*

INTRODUCCIÓN

En el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre depresión y otros trastornos comunes, emitido en 2017, se reportó que durante 2015, más de 300 millones de personas alrededor del mundo tenían depresión y casi el mismo número presentaban trastornos de ansiedad. También se señaló que la depresión es la principal causa mundial de discapacidad que afecta a todo tipo de población en cualquier momento de la vida, teniendo mayor prevalencia en mujeres.

Dentro de los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora *et al.*, 2003; Rafful *et al.*, 2012), se reportó que los trastornos más frecuentes en población mexicana fueron la ansiedad, con 14.3 por ciento, presentándose alguna vez en la vida; en seguida, los trastornos por uso de sustancias presentes, con 9.2 por ciento; y finalmente, los trastornos afectivos, con una prevalencia de 9.1 por ciento. Al comparar los resultados entre hombres y mujeres se encontró que las cifras más altas de cualquier tipo de trastorno se presentaron en población masculina con 30.4 por ciento sobre 27.1 por ciento en mujeres. Sin embargo, la prevalencia global en los últimos 12 meses, antes de aplicar la encuesta, se presentó en población femenina, con 14.8 por ciento sobre 12.9 por ciento presente entre los hombres.

Este incremento de la prevalencia de los estados ansiosos y depresivos ha llevado a estudiar los factores que modifican las respuestas emocionales con el objetivo de incidir en estrategias de afrontamiento más efectivas, que prevengan la aparición de psicopatología. En este sentido, los estudios de Ellis (1962) y Beck (1964) fueron pioneros. Según estos autores, la respuesta emocional a un evento está precedida por un proceso cognitivo que le da un significado, por lo tanto, la forma de responder a una circunstancia está influida por las características de este proceso. De la misma forma, Haywood y Raffard (2017), en su revisión

sobre cognición y psicopatología, plantean que algunas disfunciones cognitivas como alteraciones, sesgos o creencias disfuncionales contribuyen al desarrollo, mantenimiento y recurrencia de trastornos o síntomas psicopatológicos debido a que están estrechamente relacionados con los procesos emocionales y relacionales.

El conocimiento sobre la influencia que tiene la percepción del evento en la respuesta emocional o conductual que suscita ha favorecido la formulación de distintas teorías. Una de éstas es la Teoría de los Estilos de Respuesta (TER) de Nolen-Hoeksema (1991), la cual postula que la aparición de psicopatología ansiosa o depresiva puede estar relacionada con procesos cognitivos de autorreflexión no adaptativos, concretamente la *rumiación*. A ésta la definen como un modo de respuesta a la aflicción que consiste en centrar la atención de forma repetitiva y pasiva en los síntomas, sus posibles causas y consecuencias, sin dirigirse a la búsqueda de soluciones (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008). Es importante mencionar que se encuentra relacionada con el empeoramiento y persistencia del afecto negativo (Aldao *et al.*, 2014; Du *et al.*, 2018), por lo que se considera que, a través de su estudio, se puede conocer más acerca del mantenimiento y recurrencia de la depresión (Koval *et al.*, 2012; Hasegawa *et al.*, 2018). En este sentido, Belzung, Willner y Philippot (2015) han encontrado que un estilo de respuesta rumiativo se caracteriza por una tendencia excesiva a generalizar y un fracaso del pensamiento analítico que agota el estado de ánimo y mantiene la depresión.

Por esta razón, conocer sobre rumiación como un estilo de respuesta a la aflicción es de gran utilidad para los profesionales de la salud que desarrollan programas preventivos de psicopatología depresiva y ansiosa en población adulta. Además, este conocimiento contribuye en la formulación de cuadros clínicos en el campo psicoterapéutico y médico y sirve de respaldo en las decisiones relacionadas con las estrategias de intervención en casos donde exista sintomatología ansiosa o depresiva.

A pesar de la importancia de estos estudios, la realidad es que han sido poco incluidos en la investigación que se realiza en población mexicana, tanto sobre estados afectivos desadaptativos como sobre procesos cognitivos asociados a psicopatología. Es por ello que esta revisión tiene como objetivo detallar las características conceptuales de la rumiación, establecer sus similitudes y diferencias con otras formas de pensamiento recurrente o autoreflexivo y explorar sus implicaciones cognitivas, clínicas y médicas.

RUMIACIÓN Y SALUD

Una de las primeras definiciones sobre rumiación que ha sido utilizada como un referente importante dentro del campo de la psicología es la propuesta por Martin y Tesser (1996). Para estos autores se trata de un término que hace referencia a una clase de pensamientos conscientes que giran en torno a un tema instrumental común y que recurren en ausencia de demandas ambientales inmediatas. Se señala que este tipo de pensamientos pueden dominar la vida mental de la persona y se caracterizan por ser no deseados, de difícil eliminación, de larga duración y por ocurrir frecuentemente en situaciones en donde no puede hacerse algo al respecto porque las oportunidades de actuar han pasado.

RUMIACIÓN Y PERSONALIDAD

Se ha sugerido que algunos tipos de personalidad están asociados con ciertas formas de atención en sí mismo. Trapnell y Campbell (1999) encontraron que la rumiación es un estilo cognitivo propio de la personalidad neurótica, a diferencia de la reflexión, la cual hallaron relacionada con una personalidad más abierta. Según Nolen-Hoeksema *et al.*, (2008), la tendencia a rumiar es relativamente estable. Se asocia con diferentes características de personalidad no deseables, incluyendo un estilo interpersonal dependiente y demandante, así como tendencias agresivas que pueden llevar a la pérdida del soporte social. Investigaciones posteriores (Brinker, Chin y Wilkinson, 2014) han confirmado que este estilo cognitivo se encuentra relacionado con rasgos de personalidad neurótica, así como con una emocionalidad negativa.

RUMIACIÓN, ESTRÉS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

En los últimos años, la rumiación se ha entendido como un proceso de pensamiento repetitivo mal adaptativo que puede mermar la salud. Para Zawadzki (2015), la rumiación tiene una relación perjudicial con la salud psicológica debido a que subyace la relación entre el estrés y ésta. Se encuentra asociada con intensas reacciones afectivas y cognitivas frente al estrés, el cual puede desencadenar una cascada de sentimientos negativos, pensamientos y respuestas fisiológicas que culminan en una activación prolongada del sistema nervioso autónomo, lo cual influye en la duración del afecto negativo (Aldao *et al.*, 2014).

Revisiones como la de Grierson *et al.*, (2016) encuentran que la rumiación está vinculada con un funcionamiento defectuoso de las redes neuronales asociadas con la regulación emocional y el funcionamiento ejecutivo. Por ello, puede extender las respuestas fisiológicas al estrés y amplificar los niveles de ideación suicida. Los investigadores consideran que se trata de un factor de riesgo trans-diagnóstico que puede ser detectado y modificado.

Igualmente, altos niveles de rumiación se relacionan con bajos niveles de bienestar subjetivo en personas sanas (Yamakoshi y Tsuchiya, 2016) y también en pacientes con enfermedades reumáticas, como fibromialgia, en donde las personas suelen utilizar técnicas de afrontamiento poco eficaces y presentan mayor nivel de ansiedad, depresión, insomnio, poco optimismo y bajo control (Malin y Littlejohn, 2015).

De la misma forma, este proceso cognitivo se ha encontrado presente en pacientes con cáncer de seno y se ha relacionado con deficientes niveles de soporte social y calidad de sueño, así como con una percepción en las personas de ser responsables de tener la enfermedad (Gorini *et al.*, 2018). En el caso de las enfermedades cardiovasculares, Busch, Pössel y Valentine (2017) concluyeron en su meta-análisis que la rumiación con enojo puede tener efectos más importantes sobre el funcionamiento cardiovascular comparados con la rumiación y tristeza, y que este tipo de rumiación posiblemente afecta en mayor medida a la presión arterial más que a la frecuencia cardíaca. Asimismo, en pacientes con enfermedad de Parkinson se ha reportado que los pacientes que presentan graves síntomas depresivos exhiben altos niveles de rumiación, evitación y atención en los síntomas (Julien, Rimes y Brown, 2016).

RUMIACIÓN Y ANSIEDAD

Aunque la preocupación parece acompañar preferentemente a la ansiedad, se ha reportado que la rumiación también está relacionada con ésta, especialmente en presencia de síntomas depresivos por compartir características centrales como el desagrado y la repetitividad (Kircanski *et al.*, 2015). Gustavson *et al.*, (2018) reportan que puede estar en el centro de la comorbilidad entre depresión y ansiedad como un componente importante que comparten ambos diagnósticos, por lo que debe ser tratado de manera específica para reducir la presencia de sintomatología de ambos trastornos (Drost, *et al.* 2014).

RUMIACIÓN Y DEPRESIÓN

Como se mencionó líneas arriba, una de las teorías sobre rumiación que ha tenido mayor aceptación y de la cual han partido numerosas y diversas investigaciones es la Teoría de los Estilos de Respuesta (TER) propuesta por Nolen-Hoeksema (1991). De acuerdo con la TER, básicamente hay dos estilos de respuesta frente a la experiencia de síntomas depresivos: 1) distracción, en donde a partir de pensar en actividades placenteras la atención es puesta fuera de los síntomas depresivos; y 2) rumiación, que conlleva centrar la atención de forma repetitiva y pasiva en los síntomas depresivos, las posibles causas y las consecuencias de éstos. Además, este estilo no lleva a la solución activa del problema debido a que mantiene a la persona en un estado de abstracción en sí misma y sus sentimientos.

Esta teoría establece que tanto la aflicción como la depresión son exacerbadas por la rumiación porque potencia los efectos del humor deprimido sobre el pensamiento. Esto ocasiona que las ideas negativas sobre el pasado, presente o futuro sean el principal referente para entender las circunstancias actuales, lo que interfiere en la búsqueda o implementación de soluciones para la resolución activa de problemas e incrementa las circunstancias estresantes. El cambio de humor y la adopción de conductas asociales puede llevar al deterioro de las relaciones con los demás.

Para dar soporte a los postulados de la TER, Nolen-Hoeksema *et al.* (2008) buscaron evidencia empírica en los diferentes estudios sobre rumiación. Encontraron que este proceso se relaciona con el incremento de los síntomas depresivos, y esto es debido a que se asocia con un pensamiento negativo, con una pobre resolución de problemas, una inhibición de la conducta instrumental y una reducción del soporte social, condiciones que obstaculizan la interrupción del ciclo rumiativo.

Estudios recientes han contribuido con los fundamentos de la TER (Kircanski *et al.*, 2015), concluyendo que se trata de un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de depresión (Hasegawa *et al.*, 2018). Asimismo, Gustavson *et al.* (2018), han destacado la necesidad de crear intervenciones psicoterapéuticas con el objetivo de reducir el pensamiento rumiativo y tratar el componente general de angustia que acompaña a los trastornos depresivos y ansiosos (Drost *et al.* 2014).

MEDICIÓN DE LA RUMIACIÓN

Para medir el grado en que las personas rumian se han desarrollado distintos instrumentos. No obstante, la escala más utilizada es la Escala de Respuestas Rumiativas (ERR) (Ruminative Responses Scale).

ERR: Esta escala fue desarrollada por Nolen-Hoeksema y Morrow en 1991. Es un instrumento de autorreporte que mide el grado en que las personas responden de una manera rumiativa cuando experimentan humor negativo.

La versión inicial llamada Cuestionario de Estilos de Respuesta (Response Style Questionnaire) fue construido para medir cuatro diferentes tipos de reacción al humor negativo. Incluía 71 reactivos relativos a cuatro actividades: 1) rumiativas, 2) distractoras, 3) peligrosas y 4) encaminadas a la solución de problemas. En este cuestionario se les pedía a las personas que se enfocaran en sus pensamientos cuando se sentían tristes, desanimadas o deprimidas. Para cada reactivo debían indicar qué tan frecuentemente experimentaban cada respuesta en una escala de tipo Lickert de 4 puntos, desde *casi nunca* 1), hasta *casi siempre* 4).

Las actividades peligrosas y relativas a la solución de problemas fueron eliminadas en estudios posteriores debido a sus bajos índices de fiabilidad. El Cuestionario de Estilos de Respuesta ahora sólo comprendía dos escalas independientes: 1) la Escala de Respuestas Rumiativas y 2) la Escala de Respuestas Distractoras.

La Escala de Respuestas Rumiativas (ERR) está formada por 22 reactivos y conserva los criterios de respuesta establecidos en el Cuestionario de Estilos de Respuesta, por lo que su rango de puntuación es de 22 a 88 puntos, donde a mayor puntuación, mayor grado de rumiación. Sus reactivos se centran tanto en el significado de la rumiación, en los sentimientos relativos al humor depresivo y los síntomas, como en las causas y consecuencias de éste. La ERR ha mostrado tener una alta consistencia interna con valores de $\alpha = .88$ a $\alpha = .92$ en diferentes estudios.

En relación con la estructura factorial de la ERR, uno de los estudios más revisados es el de Roberts, Gilboa y Gotlib (1998). Estos investigadores llevaron a cabo un estudio con dos muestras de estudiantes. En la primera muestra, el análisis factorial exploratorio arrojó tres factores explicando el 55.7 por ciento de la varianza. El primer factor *rumiación basada en el síntoma* formado por 7 reactivos, con un índice de fiabilidad $\alpha = .81$ que explicaba el 17.4 por ciento de la varianza única. El segundo factor *reflexión/aislamiento* compuesto por 5 reactivos con un $\alpha = .84$ explicaba el 21.2 por ciento de la varianza única. Finalmente, el tercer factor *auto culpa* formado por 3 reactivos con un $\alpha = .71$ explicaba el 17.1 por ciento de la varianza única.

Con la segunda muestra se realizó un análisis factorial confirmatorio y se evaluó la replicabilidad de los resultados obtenidos en la primera muestra. Este segundo análisis confirmó la solución factorial obtenida.

Posteriormente, Treynor, Gonzalez y Nolen-Hoeksema (2003), tras encontrar similitudes entre 12 reactivos de la ERR y reactivos de la Inventario de De-

presión de Beck II, conformaron una nueva escala con 10 reactivos de la escala original, cuyo contenido no tuviera confusiones con síntomas depresivos.

Con estos reactivos se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax revelando bidimensionalidad y explicando el 50.5 por ciento de la varianza. El primer factor fue llamado *reflection*, ya que sus reactivos tenían un contenido más balanceado. Tuvo un índice de fiabilidad α de .72 y una correlación test-retest de .60. El segundo factor se conformó por reactivos de contenido negativo por lo que fue llamado *brooding*, tuvo un índice de fiabilidad α de .77 y una correlación test-retest de .62.

En México, Hernández *et al.* (2016) llevaron a cabo la validación para población mexicana de esta escala. Ellos obtuvieron un índice de fiabilidad α de .93. Para el análisis factorial utilizaron la rotación Varimax con Kaiser, Mayer Olkin con los 22 reactivos, obtuvieron una solución de dos factores explicando el 52 por ciento de la varianza. El factor denominado *reproches* tuvo un índice de fiabilidad α de .78 y el segundo factor llamado *reflexión* tuvo un índice de fiabilidad α de .77.

REDUCCIÓN DE LOS NIVELES DE RUMIACIÓN A PARTIR DE INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

Existe una cantidad importante de evidencia, tanto a nivel nacional como internacional, sobre el diagnóstico y tratamiento de la depresión. Sin embargo, en general, los aspectos cognitivos asociados a la aparición de psicopatología permanecen ausentes dentro de los factores que se recomienda evaluar para determinar el desarrollo, curso y gravedad del trastorno depresivo. En este sentido, la Secretaría de Salud (2015) recomienda que para estos fines es necesario tomar en cuenta las características del episodio (duración, número e intensidad de los síntomas, comorbilidad), aspectos psicosociales (apoyo social y relaciones interpersonales), grado de disfunción y/o discapacidad asociados, riesgo suicida y respuesta al tratamiento previo. Para determinar el riesgo de desarrollo, recomienda indagar sobre el interés y la anhedonia. Incluso dentro de los síntomas cognitivos, contemplados en la definición, sólo aparecen una baja atención, problemas de concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida.

Es importante mencionar que la construcción de la mayoría de las guías de práctica clínica que se utilizan a nivel mundial tienen su base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), el cual utiliza una aproximación categorial para clasificar la psicopatología, hasta su cuarta versión de 1994 (Widakowich, 2012). Esto quiere decir que se describe una

lista de criterios por trastorno que es necesario cumplir para otorgar el diagnóstico; no obstante, existen algunos problemas que se presentan comúnmente, como una diagnosis inespecífica por incumplimiento de la totalidad de los criterios o la comorbilidad que en ocasiones se queda fuera (Hernández-Guzmán *et al.*, 2011).

Para resolver estas dificultades, se han originado nuevas propuestas como la aproximación transdiagnóstico, la cual, según Kring y Sloan (2009), categoriza a los trastornos con base en los mecanismos subyacentes o en las alteraciones centrales como la atención o la emoción. Debido a que tanto los trastornos de ansiedad como de depresión conllevan alteraciones en los procesos de regulación emocional, Aldao *et al.* (2016) enfatizan en la importancia de considerar estos procesos como un factor transdiagnóstico en el desarrollo de psicopatología y hacen hincapié en la rumiación con una estrategia de regulación emocional desadaptativa.

En relación con la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de la depresión, Cuijpers *et al.* (2011, llevaron a cabo un estudio para describir los resultados de diversos meta-análisis. Ellos encontraron que diferentes tipos de psicoterapia son eficaces en el tratamiento de la depresión en adultos: terapia cognitivo-conductual, psicoterapia interpersonal, terapia con base en la solución de problemas, terapia de apoyo no directiva y terapia de activación comportamental. Para el tratamiento de la depresión leve a moderada, son igualmente eficaces el tratamiento psicoterapéutico o el tratamiento farmacológico, pero es más efectivo el tratamiento combinado que ambos tratamientos por separado. Además, la psicoterapia también es efectiva en adultos mayores, mujeres con depresión posparto, pacientes con trastornos médicos generales, pacientes hospitalizados, pacientes de atención primaria, así como en pacientes con depresión crónica (con un efecto menor) y por debajo del umbral.

Newby *et al.* (2015) en una revisión sistemática sobre los tratamientos psicológicos transdiagnósticos para trastornos de ansiedad y depresión encontraron que en promedio éstos son tan eficaces como los tratamientos específicos en la reducción de los síntomas de ambos trastornos, poniendo de manifiesto la mejora en la calidad de vida.

De la misma forma, es necesario considerar también que, dentro del tema de la eficacia del tratamiento de la depresión, diversos factores intervienen en la respuesta y en la recurrencia de los síntomas. Debido a que una proporción significativa de las personas con depresión experimentan un curso de vida crónico o recurrente, para Watkins (2018) es necesario lograr una mejor reducción de los síntomas residuales como la irritabilidad, la ansiedad, la pérdida de confianza, el insomnio, una tendencia a la preocupación y la propensión a rumiar ante las dificultades por aumentar la probabilidad de recaída futura y recurrencia de este trastorno.

Del mismo modo, Watkins subraya que la rumiación debe ser el primer objetivo terapéutico por ser un componente clave, y frecuentemente dejado de lado, de la fenomenología de los pacientes con depresión. Explica que conlleva detenerse en pérdidas pasadas, analizar errores anteriores y hacer juicios o comparaciones sobre sí mismo en relación con otras personas. Es involuntaria, difícil de detener, persistente y repetitiva. Se experimenta como angustiante y con la sensación de ser difícil de controlar. Trae como consecuencia el aumento de la tristeza, la ansiedad, el cansancio, el insomnio, la procrastinación, la autocrítica, el pesimismo, la desesperanza, así como la reducción de la motivación. Por lo que subraya que un abordaje exitoso de este proceso atendería un síntoma residual de la depresión y, al mismo tiempo, reduciría un importante mecanismo que contribuye a su aparición y mantenimiento, lo cual mejoraría los resultados del tratamiento.

Con referencia a lo anterior, Querstret y Cropley (2013), a partir de una revisión sistemática de los tratamientos utilizados para reducir los niveles de rumiación y/o preocupación, encontraron que las intervenciones basadas en la atención plena o *mindfulness* y las cognitivo-conductuales pueden ser útiles en el tratamiento o la reducción de ambos procesos independientemente si la sesión se realiza por internet o cara a cara. De igual manera, funcionan los tratamientos en los que se anima a los participantes a cambiar su forma de pensar o a desconectarse de la respuesta emocional a la rumiación y/o la preocupación (por ejemplo, a través de técnicas de *mindfulness*).

Por su parte, Wilkinson, Croudace y Goodyer (2013), observaron que las intervenciones diseñadas desde el modelo cognitivo-conductual, concretamente aquellas que han incluido solución de problemas a partir de la respuesta de distracción y terapia centrada en la rumiación, han mostrado ser eficaces para reducir tanto niveles de rumiación como niveles de depresión.

Así pues, dado que la rumiación tiene un evidente papel en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología, reducir sus niveles en personas con esta tendencia, y en aquellas con sintomatología ansiosa o depresiva, es una estrategia de regulación emocional necesaria para el mantenimiento de la salud psicológica (Zawadzki, 2015).

CONCLUSIONES

Debido a la alta prevalencia de depresión y ansiedad alrededor del mundo y del grado de discapacidad que acompaña a estas enfermedades, se han llevado a cabo numerosas investigaciones que han abordado distintos aspectos asociados con su

etiología, curso y pronóstico. En todos los casos, se enfatiza la necesidad de desarrollar estrategias para prevenir su aparición e ir más allá de la detección oportuna y el tratamiento eficaz.

Los resultados de diversos estudios han mostrado que es necesario abordar la psicopatología desde un enfoque transdiagnóstico, que se centre en los mecanismos subyacentes que comparten los distintos trastornos y a su vez determine de manera específica los objetivos de una intervención. En el caso de los trastornos del estado de ánimo, se cree que son el resultado de procesos de regulación emocional ineficaces, como la rumiación, que se ha encontrado relacionada con la exacerbación y mantenimiento de sus síntomas, incluso cuando existe comorbilidad con otros padecimientos médicos. Por ello, una manera de evitar el desarrollo de psicopatología ansiosa o depresiva es conociendo sobre este proceso cognitivo e incidiendo sobre él.

Además, muchas de las intervenciones psicológicas dirigidas a la reducción de los síntomas de depresión y ansiedad no han considerado aún la existencia y relevancia de la rumiación en el curso, pronóstico y remisión del padecimiento, por lo que es preciso informar que para evitar la complejidad del cuadro clínico y mejorar el pronóstico de la enfermedad es indispensable identificar el estilo de respuesta a la aflicción de los pacientes.

Asimismo, es posible realizar la detección y evaluación de los niveles de rumiación a través de los instrumentos de medición que han sido desarrollados con este propósito. La validación de la Escala de Respuestas Rumiativas en población mexicana constituye un paso decisivo para la inclusión de este constructo en el tratamiento e investigación de la depresión y ansiedad en México. Por esta razón, acercar a los profesionales de la salud y a la población general al tema de la rumiación permite pensar en el desarrollo de programas preventivos y de intervención atendiendo un factor de riesgo que ha sido poco conocido y que tiene efectos perjudiciales en el bienestar de las personas.

Por último, se espera que la difusión científica sobre este proceso cognitivo pueda promover mayor investigación en México, hecho que es primordial para producir conocimiento respaldado con evidencia empírica, y que, al mismo tiempo, genere nuevas líneas de investigación que aporten mayor comprensión sobre el desarrollo de los trastornos afectivos dentro de la población mexicana.

FUENTES CONSULTADAS

- Aldao, A. *et al.* (2014), "The Relationship between Rumination and Affective, Cognitive, and Physiological Responses to Stress in Adolescents", *Journal of Experimental Psychopathology*, vol. 5, núm. 3, pp. 272-288. <http://doi.org/10.5127/jep.039113>
- (2016), "Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions", *Development and Psychopathology*, núm. 28, pp. 927-946. <http://doi.org/10.1017/S0954579416000638>
- Beck, A. T. (1964), "Thinking and depression: II. Theory and therapy", *Archives of General Psychiatry*, vol. 10, núm. 6, pp. 561-571. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
- Belzung, C., P. Willner y P. Philippot (2015), "Depression: from psychopathology to pathophysiology", *Current Opinion in Neurobiology*, núm. 30, pp. 24-30. <http://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.conb.2014.08.013>
- Brinker, J., Z. Chin y R Wilkinson (2014), "Ruminative thought style and personality", *Personality and Individual Differences*, núm. 60, S41. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.07.112>
- Busch, L., P. Pössel y J. Valentine (2017), "Meta-analyses of cardiovascular reactivity to rumination: A possible mechanism linking depression and hostility to cardiovascular disease", *Psychological Bulletin*, vol. 143, núm. 12, pp. 1378-1394. <http://doi.org/10.1037/bul0000119>
- Cuijpers, P. *et al.* (2011), "Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses", *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 65, núm. 6, pp. 354-364. <http://doi.org/10.3109/08039488.2011.596570>
- Drost, J. *et al.* (2014), "Repetitive negative thinking as a transdiagnostic factor in depression and anxiety: A conceptual replication", *Behaviour Research and Therapy*, núm. 63, pp. 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.004>
- Du, J. *et al.* (2018), "The relationship between stress and negative emotion: The Mediating role of rumination", *Clinical Research and Trials*, vol. 4, núm. 1, pp. 1-5. <http://doi.org/10.15761/CRT.1000208>
- Ellis, A. (1962), *"Reason and Emotion in Psychotherapy"*, Nueva York, Lyle Stuart.
- Gorini, A. *et al.* (2018), "Rumination in breast and lung cancer patients: Preliminary data within an Italian Sample", *Psychooncology*, vol. 27, núm. 2, pp. 703-705. <http://doi.org/10.1002/pon.4468>
- Grierson, A. *et al.* (2016), "The role of rumination in illness trajectories in youth: linking trans-diagnostic processes with clinical staging models", *Psychological Medicine*, núm. 46, pp. 2467-2484. <http://doi.org/10.1017/S0033291716001392>

- Gustavson, D. *et al* (2018), “Evidence for Transdiagnostic Repetitive Negative Thinking and Its Association with Rumination, Worry, and Depression and Anxiety Symptoms: A Commonality Analysis” *Collabra: Psychology*, vol. 4, núm. 1, pp. 1-18. [http://doi.org/ 10.1525/collabra.128](http://doi.org/10.1525/collabra.128)
- Hasegawa, A. *et al.* (2018), “How do Rumination and Social Problem Solving Intensify Depression? A Longitudinal Study”, *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, vol. 36, núm. 1, pp. 28-46. <https://doi.org/10.1007/s10942-017-0272-4>
- Haywood, C. y S. Raffard (2017), “Cognition and Psychopathology: Overview”, *Journal of Education and Psychology*, vol. 16, núm. 1, pp. 3-8. [http://doi.org/ 10.1891/1945-8959.16.1.3](http://doi.org/10.1891/1945-8959.16.1.3)
- Hernández-Guzmán, L. *et al.* (2011), “La perspectiva dimensional de la psicopatología”, *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 28, núm. 2, pp. 111-120. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243029631001.pdf>
- Hernández-Martínez, A. *et al.* (2016), “Validación de la Escala de Respuestas Rumiativas para población mexicana”, *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, vol. 6, núm. 2, pp. 66-74. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2830/283048876003.pdf>
- Julien, C., K. Rimes y R. Brown (2016), “Rumination and behavioural factors in Parkinson’s disease depression”, *Journal of Psychosomatic Research*, núm. 82, pp. 48-53. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.01.008>
- Kircanski, K. *et al.* (2015), “Rumination and Worry in Daily Life: Examining the Naturalistic Validity of Theoretical Constructs”, *Clinical Psychological Science*, vol. 3, núm. 6, pp. 925-939. [http://doi.org/ 10.1177/2167702614566603](http://doi.org/10.1177/2167702614566603)
- Koval, P. *et al.* (2012), “Getting stuck in depression: The roles of rumination and emotional inertia”, *Cognition and Emotion*, vol. 26, núm. 8, pp. 1412-1427. <http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2012.667392>
- Kring, A. y D. Sloan (2019), *Emotion Regulation and Psychopathology. A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*, EUA, Guilford Press.
- Malin, K. y G. Littlejohn (2015), “Rumination modulates stress and other psychological processes in fibromyalgia”, *European Journal of Rheumatology*, vol. 2, núm. 4, pp. 143-148. [http://doi.org/ 10.5152/eurjrheum.2015.0005](http://doi.org/10.5152/eurjrheum.2015.0005)
- Medina-Mora, M. E. *et al.* (2003), “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”, *Salud Mental*, vol. 26, núm. 4, pp. 1-16. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam034a.pdf>
- Newby, J. *et al.* (2015), “Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood”, *Clinical Psychology Review*, núm. 40, pp. 91-110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>

- Nolen-Hoeksema, S. (1991), "Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 100, núm. 4, pp. 569-582. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>
- y J. Morrow (1991), "A Prospective Study of Depression and Distress Following a Natural Disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake", *Journal of Personality and Social Psychology*, núm. 61, pp. 105-121. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Nolen-Hoeksema, S., B. Wisco y S. Lyubomirsky (2008), "Rethinking Rumination", *Perspectives on Psychological Science*, vol. 3, núm. 5, pp. 400-424. <http://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Querstret, D. y M. Cropley (2013), "Assessing treatments used to reduce rumination and/or worry: A systematic review", *Clinical Psychology Review*, vol. 33, núm. 8, pp. 996-1009. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.004>
- Rafful, C. et al. (2012), "Depression, gender, and the treatment gap in Mexico", *Journal of Affective Disorders*, núm. 138, pp. 165-169. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.040>
- Roberts, J. E., E. Gilboa e I.H. Gotlib (1998), "Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration", *Cognitive Therapy and Research*, vol. 22, núm. 4, pp. 401-423. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1018713313894>
- Secretaría de Salud (2015), *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto*, México, Secretaría de Salud. Recuperado de: <http://educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/Depresi%C3%B3n/Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20del%20trastorno%20depresivo%20en%20el%20adulto%20-%20GER.pdf>
- Teismann, T. et al. (2011), "Rumination and Distraction: Selected Findings Related to the Response Styles Theory", *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, vol. 61, núms. 3-4, pp. 126-132. <http://doi.org/10.1055/s-0030-1248266>
- Treynor, W., R. Gonzalez y S. Nolen-Hoeksema (2003), "Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis", *Cognitive Therapy and Research*, vol. 27, núm. 3, pp. 247-259. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1023910315561>
- Watkins, E. (2018), *Rumination-Focused cognitive-Behavioral Therapy for Depression*, Nueva York, Guilford Press.
- Widakowich, C. (2012), "El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epidemiológicos", *Alcmeon*, vol. 17, núm. 4, pp. 365-374. Recuperado de: https://www.alcmeon.com.ar/17/68/06_Bidacovich.pdf
- Wilkinson, P.O., T.J. Croudace e I.M. Goodyer (2013), "Rumination, anxiety, depressive symptoms and subsequent depression in adolescents at risk for psychopathology:

- A longitudinal cohort study”, *BMC Psychiatry*, vol. 13, núm. 1, p. 250. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-250>
- World Health Organization (2017), *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*, Ginebra, World Health Organization. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=0884D7E65212912EE5CE5A3393186EE1?sequence=1>
- Yamakoshi, S. y H. Tsuchiya (2016), “The Effects of Trait Rumination and Reflection on Mental Health among Japanese University Athletes”, *Psychology*, vol. 7, núm. 4, pp. 533-540. <http://doi.org/10.4236/psych.2016.74054>
- Zawadzki, M. (2015), “Rumination is independently associated with poor psychological health: Comparing emotion regulation strategies”, *Psychology & Health*, vol. 30, núm. 10 pp. 1146-1163. <http://doi.org/10.1080/08870446.2015.1026904>

CAPÍTULO IV

APROXIMACIONES AL CONCEPTO Y EL ESTUDIO DEL SIGNIFICADO DEL TRABAJO

*Enrique Fuentes Flores; Luis Felipe García y Barragán;
Judith López Peñaloza; Gabriela Navarro Contreras*

INTRODUCCIÓN

El trabajo es una de las actividades centrales en la vida de los seres humanos. Por esta razón, se ha convertido en un tema de gran relevancia para distintas ciencias, entre ellas la psicología. El desgaste ocupacional, el compromiso laboral, las relaciones sociales en el trabajo, el manejo de conflictos, entre otros tópicos, han sido objeto de investigación en los últimos años. En el marco de las crisis financieras del contexto actual, el dominio de las estrategias empresariales orientadas a la obtención de la mayor utilidad posible ha dado lugar a circunstancias precarias para los trabajadores. Entre estas medidas se encuentran los recortes de personal y la subcontratación (Schnell, Höge, & Pollet, 2013). Con estas condiciones, el significado del trabajo cobra particular importancia al momento de explicar la manera en la que las personas se relacionan con su actividad laboral.

El presente texto tiene como objetivos describir algunas aproximaciones teóricas que resultan relevantes al momento de hablar acerca del significado del trabajo, así como proporcionar un panorama general sobre los esfuerzos de investigación que se han llevado a cabo respecto a este tema en el escenario internacional, ubicando la zona geográfica a la que pertenecen. Finalmente, se presentan algunas reflexiones acerca de la información tratada.

APROXIMACIONES AL CONCEPTO
DEL SIGNIFICADO DEL TRABAJO

Marx (1849) señala que debido al funcionamiento de la sociedad capitalista, el trabajo se ha definido como un bien que el empleado vende a su empleador a cambio de un salario, contrario a ser una actividad satisfactoria por sí misma. El trabajo también se ha definido como una serie de transformaciones realizadas para atender necesidades humanas (Da Rosa *et al.*, 2011). El trabajo es una actividad social, compleja y dinámica que también tiene una naturaleza reflexiva, consciente, propositiva, estratégica, instrumental y moral (Blanch *et al.*, 2003).

Meaning of Work (*MOW*) International Research Group (1987). Una de las principales aportaciones respecto al significado del trabajo ha sido la realizada por el Meaning of Occupational Work (*MOW*) International Research Group, y publicada en 1987. Los autores describen los hallazgos derivados de la indagación acerca del significado del trabajo en distintos continentes y diferentes tipos de trabajadores: ingenieros, obreros, entre otros. Se tomaron en cuenta aspectos que únicamente tienen que ver con la percepción del individuo: centralidad en el trabajo, normas sociales, resultados valorados y objetivos valorados. La centralidad en el trabajo se define como el grado de importancia que las personas dan al trabajo dentro de su vida, comparándolo con otros contextos, como la familia, el ocio y la religión. Por normas sociales se entiende la percepción del individuo de tener una obligación con la sociedad y viceversa, resultando de los valores morales del trabajo, los derechos y obligaciones del trabajador. Los resultados valorados son aquellos que se producen al desempeñar el trabajo en cuestión, mientras que los objetivos valorados hacen referencia a lo que el individuo se plantea y es capaz de lograr a través del desempeño de su actividad laboral (Peixoto y Borges, 2015).

Brief y Nord (1990). Los trabajos de Brief y Nord en 1990, referidos por Morin (2008), señalan que la interpretación que cada individuo da a su trabajo puede explicarse si se entienden los factores de su desarrollo personal y la percepción de su propia historia; además de esto, deben reconocerse otros factores que potencialmente determinan el significado del trabajo: la ideología dominante y la socialización, las normas sociales, la tecnología, la economía y el lenguaje. Analizando estas aportaciones, asumimos que el significado del trabajo es un concepto compuesto por diversos elementos individuales, sociales y organizacionales.

Blanch, Espuny, Gala y Martín (2003). La propuesta de estos autores diferencia tres posiciones en un continuo bipolar: polo negativo, centro del continuo y polo positivo. En el polo negativo se integran las concepciones que representan el trabajo como un castigo, yugo, actividad coercitiva de esfuerzo y penalidad;

el trabajo sigue la lógica de la necesidad, pues la clase trabajadora es considerada como un conjunto de seres infrahumanos que llevan la onerosa carga de trabajar y liberan a los ociosos de esta responsabilidad, pues no se trabaja por derecho, sino por deber para quienes pueden permitirse el lujo de no hacerlo. Como segunda posición tenemos el centro del continuo, en el que se localiza la idea de que la relación entre trabajo y supervivencia material es simplemente la de un medio y un fin; se trabaja lo suficiente para satisfacer las necesidades y el resto del tiempo se dedica simplemente a vivir, de manera que el trabajo no es una fuente de placer, pero tampoco de sufrimiento. La tercera posición es el polo positivo, en el que el trabajo se toma como una vocación y fuente de autorrealización, enfoque desde el cual pueden encontrarse diversos discursos que han seguido la historia del ser humano desde la Antigüedad (Blanch *et al.*, 2003).

Se afirma que “el trabajo no constituye, pues, sólo un valor económico, de carácter instrumental; sino también un valor cultural de primer orden, de carácter expresivo y final” (Blanch *et al.*, 2003), exponiendo que en la sociedad industrial que predomina en nuestra actualidad, el significado del trabajo oscila entre el centro del continuo y el polo positivo, es decir, entre la concepción del trabajo como instrumento de supervivencia y la visión del trabajo como organizador de la actividad individual, social, política y cultural.

Wrzesniewski, Dutton y Debebe (2003). El significado del trabajo radica en el entendimiento de lo que se hace y su significatividad, lo cual tiene que ver con las creencias de su labor que ha obtenido del entorno social. Las autoras exponen que los empleados se encuentran constantemente buscando el sentido de lo que hacen y actúan en su contexto laboral motivados a delinear sus relaciones con los otros y las experiencias que podrán tener. En esta aportación se consideran dos dimensiones para estructurar el significado del trabajo, las cuales tienen que ver con el empleo específico en el que el individuo se encuentra: el contenido del significado y la evaluación de ese significado.

Significado de la labor. Mientras que la mayoría de los puestos de trabajo tienen una descripción formal redactada por la empresa, cada trabajador asigna a sus labores tareas y actividades adicionales o se abstiene de realizar algunas. Por esta razón, el significado del trabajo se construye, precisamente, mientras transcurre la jornada laboral. Este significado no se encuentra fijado desde un inicio, pues una misma actividad puede ser tan inocua o tan trascendente como cada individuo la interprete. Así que primero el sujeto conoce las tareas que le son asignadas en su actividad laboral y las entiende; en un segundo momento, asigna a esas actividades un mérito que es definido por sus valores, preferencias, aficiones y el contexto social en el que se encuentra (Wrzesniewski, Dutton y Debebe, 2003).

Significado del rol. Este aspecto describe el entendimiento del sujeto acerca de la posición que ocupa dentro de la estructura organizacional, así como las expectativas que se tienen al respecto de su función dentro del sistema. El trabajador entiende y es capaz de declarar el contenido de su rol, que se expresa en el título del puesto de trabajo: profesor, gerente, asistente. Luego a ese rol se le asigna un mérito y valor positivo o negativo, determinado por el nivel de significatividad que tiene dentro de la organización y para el sujeto mismo (Wrzesniewski, Dutton y Debebe, 2003).

Significado de sí mismo. La narrativa con la que cada sujeto describe lo que es, así como las características que se asigna a sí mismo, componen el contenido del sí mismo: si el individuo se considera rápido, eficiente, capaz de trabajar en equipo. Segundo, el valor que todo ello tiene en el contexto laboral. Pero es interesante notar que este valor que el individuo se da a sí mismo no proviene solamente de él, sino que también ha sido negociado y construido a través de las interacciones que tiene con las personas de su entorno, siendo un proceso fluido en el que el significado de sí mismo se puede expresar de manera variable (Wrzesniewski, Dutton y Debebe, 2003).

Rosso, Dekas y Wrzesniewski (2010). Se definen distintos aspectos que de manera conjunta dan origen al significado del trabajo que cada individuo construye: el sí mismo, los otros, el contexto laboral y la vida espiritual. El significado del trabajo se construye de acuerdo a la interpretación que los sujetos dan a sus propias experiencias e interacciones en el contexto laboral; las consecuencias que el significado tiene sobre la organización han sido de interés para la investigación, pues puede ser un punto importante para la intervención que impacte de manera favorable el cumplimiento de las expectativas de los trabajadores y de las organizaciones.

El sí mismo y el significado del trabajo. El sí mismo ha sido considerado por la psicología humanista como el principal determinante de las conductas, actitudes y creencias desarrolladas por el ser humano; entonces el autoconcepto se vuelve un aspecto fundamental en referencia a la construcción del significado del trabajo, pues evoca los pensamientos y sentimientos que la persona tiene sobre sí mismo en su contexto laboral. Los aspectos que se incluyen en este rubro son los valores, la motivación y las creencias. En cuanto a los valores, se dice que se encuentran fuertemente vinculados con el significado del trabajo y que algunos investigadores incluso plantean similitudes entre ambas categorías; la ética laboral, la búsqueda de la autorrealización y el desarrollo del potencial propio son algunos de los elementos que han permitido relacionar el significado del trabajo con los valores. La motivación tiene que ver con la sensación positi-

va de que el trabajo que se realiza es importante en algún nivel, que existe razón para hacerlo. Las creencias, según esta descripción, tienen que ver con qué tanto el individuo le da un papel central al trabajo dentro de su vida, en relación con otros contextos como familia y pasatiempos (Rosso, Dekas y Wrzesniewski, 2010).

Los otros y el significado del trabajo. La interacción de los individuos con otras personas tanto dentro como fuera del ambiente laboral tienen influencia en la construcción del significado del trabajo. Los grupos de personas que se consideran son: compañeros, líderes, grupos, comunidades y familia. En cuanto a los compañeros, los estudios han mostrado que las interacciones cercanas resultan motivantes para que el individuo se exprese y tenga una percepción positiva acerca de su ambiente laboral; estas interacciones también permiten al individuo intercambiar ideas y opiniones que dan forma al significado del trabajo. Los líderes, descritos como las altas autoridades de la empresa, son quienes definen la cultura organizacional y los objetivos que la empresa busca alcanzar, y los transmiten a los miembros de la organización; la manera en la que los líderes son capaces de empatar las metas empresariales con las de los colaboradores influye en la importancia y significatividad que éstos dan a su trabajo. La afiliación a grupos y comunidades laborales y sociales da lugar a la identificación del individuo con las otras personas pertenecientes a ellos, lo cual impacta la manera en la que ve su trabajo. A menudo las relaciones más representativas que los individuos establecen fuera del ambiente laboral es con sus familias; existen varias formas en las que la familia puede representar una referencia importante para la construcción del significado del trabajo, pues existen necesidades económicas familiares que son satisfechas por medio de la remuneración laboral. La familia también provee un ambiente relajado en el cual el individuo puede descargarse de las exigencias de su trabajo; de esta manera el significado que se da al trabajo y a la familia puede influenciarse de manera recíproca entre ambos ambientes (Rosso, Dekas y Wrzesniewski, 2010).

El contexto laboral y el significado del trabajo. El significado del trabajo está directamente relacionado con el contexto laboral específico en el que se encuentra el sujeto, en el cual se consideran varios elementos clave para la construcción del significado del trabajo: el diseño de las tareas laborales, la cultura organizacional, las circunstancias financieras, los dominios no laborales e incluso la cultura nacional en la que se encuentra inserta la organización. Sobre el diseño de las tareas laborales específicas y sus características determinan la experiencia del trabajador en su puesto y constituyen una aportación esencial para la apreciación del sentido y nivel de significatividad que el sujeto da a su propio

trabajo, la cual aumentará si se percibe una mayor autonomía, identificación con las actividades, variedad de habilidades requeridas y desarrolladas; estos aspectos también impactarán el desempeño, la satisfacción y la motivación del trabajador. La cultura organizacional está compuesta por los principales objetivos, valores y propósitos, lo cuales influyen en la interpretación que el individuo hace sobre su trabajo y el impacto que éste tiene para lograr las metas de la empresa. Respecto a las circunstancias financieras, puede decirse que los trabajadores que muestran una mayor necesidad económica se centran en mayor medida en el valor monetario de su trabajo; en este sentido, las remuneraciones y recompensas se vuelven también un factor que retroalimenta a los sujetos acerca del desempeño de su labor y, por ende, contribuyen a la construcción del significado del trabajo. El nivel de identificación y congruencia que el individuo puede tener entre el terreno laboral y el no laboral también es una fuente importante que ayuda a entender el significado del trabajo; en tanto un sujeto pueda comportarse de la misma manera dentro y fuera de su trabajo. Finalmente, en esta faceta, vemos que la cultura nacional en la que el trabajador se encuentra impacta el significado del trabajo, pues quienes la comparten tienen una postura específica acerca del trabajo y la centralidad que éste ocupa en la vida de las personas (Rosso, Dekas y Wrzesniewski, 2010).

Vida espiritual y significado del trabajo. Aunque en los estudios organizacionales resulta complicado explicar la intersección entre la vida espiritual y el significado del trabajo, algunos estudios la consideran importante, de manera específica por dos facetas: espiritualidad y vocación sagrada. Para muchos teóricos, la espiritualidad no puede estar desvinculada de la búsqueda de sentidos y significados en las actividades que el ser humano desempeña, siendo el trabajo una de las fundamentales. Un interesante hallazgo en algunas investigaciones tiene que ver con el papel que la vocación sagrada tiene en el significado del trabajo, pues éste puede no tener nada de sagrado en sí, pero cuando se le da el sentido de un servicio hacia un dios, se vuelve trascendental para el individuo (Rosso, Dekas y Wrzesniewski, 2010).

Los enfoques teóricos que hasta ahora han sido descritos dan cuenta de que el significado del trabajo es un concepto complejo, que contiene factores tanto objetivos como subjetivos, por lo cual los esfuerzos de investigación pueden ser tanto de naturaleza cuantitativa como cualitativa, dependiendo de los aspectos en los que el investigador se plantee profundizar. Es por ello que la segunda parte de este texto describe algunos estudios que abordan el tema, a través de los cuales se hace evidente la variedad de diseños e instrumentos que pueden considerarse.

APROXIMACIONES INTERNACIONALES AL ESTUDIO DEL SIGNIFICADO DEL TRABAJO

El significado del trabajo ha sido un objeto de estudio que ha tomado importancia en los años recientes, ya que consistentemente se ha asociado con beneficios tanto para los trabajadores como para las organizaciones; cuando las personas se refieren a su trabajo como significativo o como importante para el bien social, comúnmente poseen cualidades que son deseables para las empresas en las que laboran (Steger, 2012). Debido a los diferentes enfoques con los que se ha analizado el significado del trabajo, las aproximaciones a la investigación de este constructo han sido variadas. Se describen en este apartado algunas de las que han sido revisadas, tomando en cuenta el contexto en el que se han realizado los esfuerzos de investigación, así como la metodología y la base teórica que les dieron origen. El propósito es conocer las metodologías específicas que han acercado a los investigadores a este fenómeno en distintas partes del mundo en los últimos diez años. Es importante mencionar que no se identificaron trabajos acerca de este tema específico en trabajadores mexicanos. Esto representa una oportunidad para explorar la forma en que el significado del trabajo repercute en la manera en la que esta población se relaciona con su actividad laboral.

Europa. Hernández Ruiz, Martín Llaguno y Beléndez Vázquez (2008) publican un estudio cuantitativo cuyo principal objetivo es analizar el significado del trabajo en 473 jóvenes estudiantes de Publicidad y Relaciones públicas en tres universidades españolas que aún no se han incorporado al campo laboral, ya que las autoras consideran que es un momento crucial para la formación de su actitud hacia el empleo. Esta investigación se encuentra desagregada por género y se guía también por las aportaciones del *ICMOW International Research Group* y sus factores considerados en el significado del trabajo: centralidad del trabajo, normas sociales, resultados valorados y objetivos valorados. Las autoras elaboraron un cuestionario propio, en el que los ítems se respondían en escalas tipo Likert o tenían opciones de respuestas específicas; el análisis se realizó por medio de SPSS. Entre los principales resultados arrojados se encontró que el trabajo era un área central para la identidad de la población estudiada, en especial para las mujeres. De forma unánime los sujetos expresaron que el trabajo se consideraba un derecho y que ellos debían ser partícipes de las decisiones empresariales.

Clausen y Borg (2011) reportan un estudio longitudinal realizado con 6 mil 299 trabajadores del sector gerontológico danés, en el cual relacionaron el significado del trabajo con las demandas que viven y los recursos con los que cuentan diariamente en su desempeño. En específico, este estudio de corte cuantitativo se

concentró en tres tipos de demandas (ritmo de trabajo, demandas emocionales y ambigüedad del rol) y tres tipos de recursos (influencia, ambiente de equipo y calidad del liderazgo). Estas variables fueron relacionadas con la predicción de la experiencia de significado en el trabajo, la cual se midió utilizando tres ítems de un instrumento llamado Copenhagen Psychosocial Questionnaire (desarrollado por Pejtersen, Kristensen, Borg y Bjørner en 2010). Como fundamento teórico de este estudio se consideran algunos conceptos de los trabajos de Wrzesniewski, pero principalmente se utiliza el modelo Job Demands-Resources (JDR), el cual explica la constante interacción que existe entre las demandas del trabajo y los recursos que el sujeto tiene disponibles para responder a ellas.

América Latina. Dakduk, González y Montilla (2008) reportan un estudio realizado con trabajadores de entre 20 y 40 años de la zona metropolitana de Caracas, Venezuela. El objetivo fue relacionar variables sociodemográficas (nivel socioeconómico, nivel educativo y sexo), variables psicológicas (locus de control, conducta) y condición laboral (empleo formal, informal y alternativo) con los componentes del significado del trabajo propuestos por el MOW International Research Group. Los hallazgos consistieron en que los empleados dieron una importancia fundamental al trabajo en su vida; sin embargo, la importancia de la familia se colocó por encima de éste. Lo más valorado en el trabajo fue el ingreso económico, pero los empleados formales y alternativos también destacaron la oportunidad de obtener nuevos aprendizajes, la estabilidad y las condiciones laborales favorables.

En América Latina, los investigadores brasileños han tenido un destacado interés en el significado del trabajo. Uno de estos esfuerzos de investigación, realizado por Beserra *et al.* (2010), tuvo como objetivo el análisis de cómo los profesionales de enfermería expresan sus sentimientos y reacciones en el trabajo. El escenario fue un hospital público de la ciudad de Fortaleza, Brasil, contando como población con 10 enfermeras y 12 técnicos. Para el desarrollo del trabajo se utilizaron entrevistas individuales con un guion semiestructurado. Los resultados que se encontraron fueron que el trabajo desarrollado en la unidad de terapia intensiva es estresante, pero a la vez complaciente; los factores del entorno que se reportaron como relacionados con el desempeño profesional fueron: falta de material apropiado, ruido de equipos y circunstancias ergonómicas. Este estudio tuvo un impacto importante, en tanto que permitió crear espacios para la escucha y atención a las condiciones laborales del personal de enfermería.

El trabajo de Ochoa (2012), de metodología mixta, presenta la utilización de las escalas desarrolladas por el MOW International Research Team, así como el análisis textual. La población con la que se trabajó fueron empleados mineros ve-

nezolanos. Dentro de los hallazgos de este estudio se encuentra que el significado del trabajo resultante registró una alta centralidad del trabajo, la gran importancia dada a la familia y a las relaciones interpersonales en el trabajo, así como la relevancia de los derechos laborales para los participantes.

Peixoto y Borges (2015) realizaron un análisis cualitativo de las relaciones, los significados del trabajo y la motivación en el sector metalúrgico brasileño. Se realizó una investigación documental en la cual se utilizó el análisis de contenido categórico ante boletines sindicales, acuerdos y convenciones colectivas. La base teórica que se empleó fue la de una de las autoras, Borges, quien se basó en las aportaciones del MOW International Research Team para describir el significado del trabajo en las siguientes categorías: centralidad del trabajo, atributos valorativos, atributos descriptivos, jerarquía de los atributos. La pregunta de investigación que sirvió de guía fue: ¿los documentos relativos a las relaciones de trabajo (boletines sindicales, acuerdos colectivos de trabajo) revelan los significados y motivaciones hacia el trabajo de los metalúrgicos? Pudieron identificarse varias categorías en las que se clasificó la información, revelando que el sindicato pretende más que una lucha económica. Los atributos valorativos encontrados fueron: fuente de realización e independencia económica; expresión de respeto y acogimiento; autoafirmación; deshumanización y desgaste; representación de dureza; fuente de desafío, responsabilidad y sustento. Mientras que los atributos descriptivos fueron: ser deshumanizado; sentirse agotado y presionado; enfrentar las demandas y dureza; ser responsable (ciudadano); desafiarse; crecer económicamente; sentir placer y protección; contribuir socialmente y ser observado; ser reconocido; ser retribuido equitativamente.

Romero (2016) realizó un estudio mixto, aplicado a 160 docentes universitarios de cuatro ciudades colombianas. Para la fase cuantitativa se recolectó información acerca de las condiciones de trabajo, carga de trabajo, bienestar laboral, desgaste y entusiasmo. En la parte cualitativa se integraron a los instrumentos preguntas abiertas y se realizaron grupos focales acerca de los mismos temas. Las preguntas de investigación que guiaron este estudio fueron: ¿Qué significado de trabajo han configurado los académicos colombianos bajo condiciones laborales de flexibilidad? y ¿cuál es la configuración del sentido de la profesión académica ante las condiciones de flexibilidad laboral en el contexto académico colombiano? En síntesis, se encontró que los participantes expresaron una moderada satisfacción con su trabajo, destacando malestares asociados a la sobrecarga de trabajo, la precarización de las condiciones contractuales y falta de identidad con la academia.

CONCLUSIONES

Es importante notar que, tanto en la parte teórica como en la investigación acerca del significado del trabajo, hacen falta fuentes mexicanas, ya que el perfil del trabajador mexicano tiene características específicas que sería importante abordar a través del estudio científico. De esta manera se podría aportar conocimiento útil para el entendimiento de este fenómeno que se pueda poner al alcance de individuos y organizaciones.

Las aportaciones del mow International Research Group continúan presentes en la teoría y en los estudios realizados respecto al significado del trabajo. Los aspectos que proponen han sido útiles para describir el significado del trabajo: centralidad en el trabajo, normas sociales, resultados valorados y objetivos valorados. Sin embargo, las aportaciones que los investigadores han hecho en los últimos años han podido hacer que el fenómeno se vaya complejizando y se incluyan distintas características que tienen que ver con aspectos individuales, organizacionales y sociales.

Tanto la perspectiva cuantitativa como la cualitativa son aplicables para abordar el tema del significado del trabajo, como puede verse en las investigaciones que han sido descritas en este texto. Se muestra también una variedad de participantes: estudiantes, trabajadores operativos y profesionistas. Esto lleva a la reflexión de que el significado del trabajo puede ir cambiando de acuerdo al momento en el que el individuo se encuentre dentro de su carrera laboral, así como el tipo de trabajo. Será interesante establecer una comparación entre estos hallazgos que permita encontrar diferencias y similitudes en el contenido del significado del trabajo.

FUENTES CONSULTADAS

- Beserra, F. *et al.* (2010), “Significado do trabalho dos profissionais de enfermagem no hospital geral”, *Avances en Enfermería*, vol. 38, núm. 2, pp. 31-39.
- Blanch, J. *et al.* (2003), *Teoría de las relaciones laborales. Fundamentos*, Barcelona, UOC.
- Clausen, T. y V. Borg (2011), “Job demands, job resources and meaning at work”, *Journal of Managerial Psychology*, vol. 26, núm. 8, pp. 665-681.
- Da Rosa, S. *et al.* (2011), “Sentidos y significados del trabajo: un análisis con base en diferentes perspectivas teórico-epistemológicas. Psicología”, *Universitas Psychologica*, vol. 10, núm. 1, pp. 175-188.

- Dakduk, S., A. González y V. Montilla (2008), "Relacion de variables sociodemograficas, psicologicas y la condicion laboral con el significado del trabajo", *Revista Interamericana de Psicología*, vol. 42, núm. 2, pp. 390.
- Hernández, A., M. Martín y M. Beléndez (2008), "El significado del trabajo para los futuros publicitarios. Un análisis desagregado por sexo", *Revista Latina de Comunicación Social*, núm. 63, pp. 331-340.
- Marx, C. (1849), *Trabajo asalariado y capital*. Retrieved abril 7, 2016, from Marxists Internet Archive: <https://www.marxists.org/espanol/m-e/1840s/49-trab2.htm>
- Morin, E. (2008), *The meaning of work, mental health and organizational commitment*. Montreal, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
- Ochoa, P. (2012), "Significado del trabajo en mineros venezolanos, ¿reflejo del empleo en vías de extinción?...". *Revista Gaceta Laboral*, vol. 18, núm. 1, pp. 35-56.
- Peixoto, T., y Borges, L. (2015), "El sector metalúrgico: relaciones sindicales, motivación y significados del trabajo", *Revista Colombiana de Psicología*, vol. 24, núm. 1, pp. 165-181.
- Romero, M. (2016), "Significado del trabajo y sentido de la profesión en la academia en Colombia", *Athenea Digital*, vol. 16, núm. 2, pp. 427-435.
- Rosso, B., K. Dekas y A. Wrzesniewski (2010), "On the meaning of work: A theoretical integration and review", *Research in Organizational Behavior*, núm. 30, pp. 91-127.
- Schnell, T., T. Höge y E. Pollet (2013), "Predicting meaning in work: Theory, data, implications", *The Journal of Positive Psychology*, vol. 8, núm. 6.
- Steger, M. D. (2012), "Measuring Meaningful Work: The Work and Meaning Inventory (WAMI)", *Journal of Career Assessment*, pp. 1-16.
- Wrzesniewski, A., J. Dutton y G. Debebe (2003), "Interpersonal Sensemaking and the Meaning of Work", *Research in Organizational Behavior*, núm. 25, pp. 93-135.

ACERCAMIENTO A LA ÉTICA PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO COMO PROCESO DE COMPORTAMIENTO

*César Augusto García-Avitia; María de Lourdes Preciado-Serrano;
Mario Ángel-González; Alejandro César Antonio Luna-Bernal*

INTRODUCCIÓN

En la psicología, la *ética profesional* es fundamental para un desempeño de calidad. Comportarse de manera ética representa un compromiso incuestionable para los psicólogos, principalmente por tratarse de una profesión científica dedicada al estudio y servicio de los seres humanos. Desde hace varias décadas se han propuesto códigos éticos profesionales cuyo propósito básico es la protección de los usuarios de los servicios psicológicos, ya sea en el ejercicio profesional, científico o académico. Tales códigos han sido constituidos por organizaciones de psicólogos en los contextos internacional y nacional, como la European Federation of Psychologist Associations (EFPA, 1995), la Canadian Psychologist Association (CAP, 2000), la American Psychological Association (APA, 2010) o la Sociedad Mexicana de Psicología A.C. (SMP, 2010) o la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México A.C. (FENAPSIME, 2018), entre muchas otras. Estas agrupaciones han resaltado la importancia de la supervisión de desempeño ético profesional y han promovido que los programas de pregrado y posgrado tomen en cuenta a la ética como parte fundamental de la formación en los estudiantes del área (EFPA, 1999; APA, 2006a, 2006b).

Más allá de los códigos éticos o deontológicos, debemos comprender a la ética profesional en términos de comportamiento, lo cual la convierte este tema en un objeto de estudio de la psicología. Es necesario que el *comportamiento ético profesional* comience a ser objeto de investigaciones que permitan definirlo, caracterizarlo y explicarlo. Al no haber investigaciones desde esta perspectiva, aun no se han desarrollado los medios adecuados para evaluar el comportamiento ético profesional de manera válida. Por un lado, se suele pensar que identificar casos específicos de violación a los códigos éticos profesionales, como lo hacen los colegios y asociaciones de psicólogos, es la forma adecuada de evaluar la ética profesional

como algo que “se cumple” o “no se cumple”. Por otro, se asume que, a través de enfrentar a los profesionistas o estudiantes a dilemas y conflictos éticos profesionales hipotéticos, se puede predecir la forma en que se comportarán en los casos reales. Sin embargo, existen diversos factores que podrían verse involucrados en una situación real que no se toman en cuenta en los ejercicios hipotéticos.

En este capítulo se abordarán las principales teorías que han abordado temas morales en la psicología, los fundamentos de la ética profesional de la misma, su formalización en códigos por parte de instituciones y organismos, su inclusión como parte de los programas de formación de psicólogos y los retos implicados en su desarrollo y evaluación formal. El objetivo es fundamentar la importancia de plantear a la ética profesional del psicólogo en términos de comportamiento y no solamente como una serie de normativas y principios que en ocasiones se convierten en “letra muerta”. Esto permitirá su investigación profunda desde la propia psicología para comprender sus procesos y diseñar planes educativos y estrategias de evaluación adecuados a los mismos.

EL COMPORTAMIENTO ÉTICO Y SU ESTUDIO DESDE LA PSICOLOGÍA

El *comportamiento* se puede definir como la forma en que se conduce un individuo, y es, por supuesto, objeto de estudio de la psicología. En el caso del ser humano, en el comportamiento está implicada la existencia de un proceso que conduce a la acción y no sólo hace referencia a la acción concreta. Esta diferenciación es de gran relevancia, pues en el estudio del comportamiento la atención no se centra exclusivamente en la acción observable o conducta, sino también en el proceso de motivación y elección de tal acción.

La psicología ha considerado a los fenómenos ético-morales relacionados con el comportamiento como parte de sus objetos de estudio. Esto puede observarse desde su inicio, pues el fundador de la psicología científica, Wilhelm Wundt, consideró lo moral un tema relevante, pero lo excluyó de sus estudios por considerar que no podía ser investigado de forma experimental (Wundt, 1886; citado por Pérez-Delgado & García-Ros, 1991). Sin embargo, no pasaría mucho tiempo para que la dimensión moral reapareciera como un fenómeno relevante para ser investigado.

A principios del siglo pasado, Sigmund Freud (1917/ 2011; 1920/1979), le da un importante lugar a la dimensión moral en su revolucionaria teoría psicoanalítica, donde el llamado Súper ego o Súper yo, que es parte de la estructura

intrapísica en su teoría, implica la capacidad del individuo de distinguir entre lo bueno y lo malo. Este elemento se encuentra en interacción dinámica con el Yo (principio de realidad) y el Ello (principio de placer), determinando la forma de actuar de las personas, sus motivaciones y emociones. El Super yo tiene como función aprobar o rechazar actos, pensamientos e impulsos provenientes del ello, con el cual se encuentra en constante conflicto. El Súper yo surge en función de las normas morales introyectadas desde la más temprana infancia y es en gran parte inconsciente, lo que deja fuera a la voluntad en muchos de sus procesos.

Posteriormente, gracias a la influencia de la biología evolutiva y de la teoría psicoanalítica, se fundó la psicología evolutiva, una rama dedicada al estudio de los procesos de cambio durante el ciclo vital, dentro de la cual se han establecido las investigaciones y teorías más relevantes sobre el desarrollo moral. Entre ellas se encuentran las de Jean Piaget (1932/1984), Lawrence Kohlberg (1958), James Rest (1979), Carol Gilligan (1985) y Georg Lind (1999). Sin embargo, todas resultan aun insuficientes para comprender el proceso del comportamiento moral, pues una teoría integral habría de considerar las dimensiones cognitivas, afectivas y comportamentales y las que están citadas se centraron solo en algunos de esos aspectos (Aierbe, Cortés y Medrano, 2001; Zerpa, 2007). De tal forma que el razonamiento o el juicio moral han sido centrales en unas, mientras que las emociones y relaciones, lo han sido en otras. Para un mayor análisis de las características de las mencionadas teorías del desarrollo moral, se recomienda la revisión del artículo “El desarrollo moral y la toma de decisiones éticas del psicólogo” (García-Avitia, Preciado-Serrano, Ángel-González, y Luna-Bernal, 2018).

Rest (1979) reconoció que la *acción moral*, como hecho observable, es resultado de procesos previos como la *sensibilidad*, el *juicio* y la *motivación* moral. Así, se puede hablar de ciertas fases implicadas en el comportamiento moral, las cuales suelen identificarse como *proceso de toma de decisiones éticas* (Núñez-Rodríguez, 2014; Ruiz-Cano *et al.*, 2015). Tal proceso, junto con la conducta y el contexto en el que se realiza deben ser integrados para la comprensión del comportamiento moral. Las consecuencias son también de gran relevancia al evaluar moralmente un comportamiento, pero estas no tendrían que ser el objeto principal o único al cual enfocarse desde los estudios de la psicología, como sí lo ha sido desde las éticas filosóficas consecuencialistas, la deontología y los sistemas jurídicos tradicionales.

Desde la perspectiva de los colegios profesionales, asociaciones o instituciones que supervisan la ética profesional, determinar si un comportamiento ha sido correcto o no, se basa en comparar la acción realizada con la conducta esperada de acuerdo con las normativas. En otros casos, son las consecuencias de los actos las

que son tomadas en cuenta principalmente. Sin embargo, se puede argumentar que hay otra manera de determinar que un comportamiento ha sido ético, que es explorando el proceso previo que lo generó. Es necesario considerar procesos de toma de decisiones y las intenciones del sujeto, además del acto concreto y sus consecuencias. Esto quiere decir que la ética adquiere un carácter formal, es decir, que la manera en que se tome cierta decisión será la clave para determinar sus cualidades éticas, como lo plantean la *ética del discurso* (Apel, 1991; Habermas, 2000) y la *de la responsabilidad* (Jonas, 1995).

PROFESIÓN, IDENTIDAD Y ÉTICA

Según datos de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2019), en México hay alrededor de 352 mil psicólogos, de los cuales 289,272 se encuentran laborando y de los cuales el 62% realiza actividades de acuerdo a lo estudiado. Son muchos los psicólogos que egresan año con año y se suman a los cientos de miles que ya son parte del mercado laboral. Es apremiante que se asegure que hayan desarrollado un comportamiento ético profesional desde su formación universitaria, pero esto aun no es posible por la carencia de investigaciones que permitan fundamentar su evaluación certera.

La importancia de investigar el comportamiento ético profesional surge al contextualizarnos en un mundo lleno de cambios acelerados. Un orbe cada vez más diverso y complejo, donde las relaciones entre personas, grupos, sociedades y naciones —y también las relaciones entre éstas con el medio ambiente crean un complejo panorama de problemáticas que representan un reto para la sociedad y para los profesionistas cuya misión es resolverlos. Por ello es que se promueve la ética profesional desde la educación, en la fase formativa a través de las instituciones de educación superior y en la profesional con la promoción de colegios que regulan y supervisan el desempeño (Bolívar, 2005).

Ser un profesional implica mucho más que tener ciertas habilidades o conocimientos, haber cursado una carrera en la educación superior o poseer un título o cédula. Ser profesional integra todo ello, pero también cualidades actitudinales y axiológicas que se integran en un desempeño de calidad. Desarrollarse en una profesión tiene una dimensión subjetiva y otra objetiva (Bermejo, 2002; citado por Navia y Hirsch, 2015). Desde la perspectiva subjetiva, la persona que ejerce una profesión va modificando diversas disposiciones personales en su ejercicio y va consolidando una nueva forma de relacionarse con la sociedad, que es a través de su trabajo. Al ingresar a un gremio profesional se modifica la identidad y se

generan nuevos sentidos de pertenencia en los sujetos. La persona se convierte en profesional transformándose en alguien diferente a lo que se era antes. Desde la perspectiva objetiva, se puede hablar de la preparación, a veces bastante prolongada, para adquirir competencias, grados académicos y otros rasgos como el reconocimiento social.

Para lograr convertirse en un profesional, es necesario vivir una serie de procesos que permiten el aprendizaje de una nueva forma de ser y hacer las cosas. Muchos de estos procesos suelen ser de tipo educativo formal, pero también se involucran ámbitos informales. No sólo aquello que está explícito en los currículos escolares de educación superior o en los temarios de los cursos de capacitación conforman la fuente total de los aprendizajes de un profesional. También la manera de relacionarse, los símbolos compartidos o el uso del lenguaje entre los miembros del gremio en una comunidad profesional o fuera de ella dejan efectos profundos en el comportamiento.

Al adquirir una nueva dimensión en el autoconcepto, llamada *identidad profesional*, y al pensar, sentir y actuar de una nueva forma gracias a la profesión, también se desarrollan cambios en la ética personal. Nuevos valores entran en juego y guían el comportamiento en formas diferentes al pasado. Esto es la manifestación de la *ética profesional*, entendida como el correcto desempeño del ejercicio profesional en el contexto social en que se desarrolla (Fernández, 1995; citado por Navia y Hirsch, 2015). La ética profesional ofrece pautas concretas de actuación y valores que habrían de ser potenciados. En su acción se encuentran nuevas formas de aportar acciones que permiten una mejora de la sociedad y del propio profesional.

La ética profesional consiste en una serie de competencias, capacidades y acciones que las personas pueden desarrollar. Se conforma de acuerdo con los roles que los individuos desempeñan en cada situación, y del poder de acción con el que se cuenta. La ética profesional implica los “deberes” de un cargo o rol, en función de los cuales se plantean los objetivos y las acciones a emprender y que le dan sentido al trabajo.

PRINCIPIOS DE LA ÉTICA PROFESIONAL

En México, la dimensión ética es considerada esencial en los programas de formación profesional en la actualidad (Bolívar, 2005). El Programa Sectorial de Educación 2013-2018 (SEP, 2013: 8) considera que “es en la educación superior que cada estudiante debe lograr un sólido dominio de las disciplinas y valores

correspondientes a las distintas profesiones”. Los valores profesionales son tan relevantes que se deben incluir de forma transversal en los currículos de los programas de educación superior (Palos, 1998). Lo anterior se sustenta en la necesidad de desarrollar, en los estudiantes, actitudes y valores que correspondan a los marcos axiológicos de la ciencia en general y/o de cada disciplina en particular.

La ética profesional también debe contemplarse en el perfil de egreso de todo programa de educación superior, por lo que deben existir las condiciones para que éste se alcance a partir de los métodos de enseñanza-aprendizaje y además pueda ser evaluada para poder obtener la acreditación de los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior A.C. (CIEES, 2008). No es suficiente una educación centrada en el desarrollo de los aprendizajes o las competencias de tipo conceptual, metodológica o técnica, pues éstas no aseguran que la formación profesional adquirida sea utilizada con fines de beneficiar a la sociedad y responda a valores fundamentales como el respeto a los derechos humanos o la responsabilidad social, por citar sólo algunos.

Desde una perspectiva práctica, los problemas que la ética estudia son aquellos que suceden en el día a día, en la vida cotidiana, ya sea en la labor escolar, en la vida familiar o en la actividad profesional. La ética profesional surge de la ética aplicada, que no busca decir a las personas qué es “bueno” o “malo”, se trata de ajustar los actos a ciertos principios éticos que surgen de la reflexión y de la fundamentación teórica (Escobar, 2013). Sin embargo, la ética aplicada puede ser interpretada erróneamente cuando se sobreestima el carácter normativo de la misma disminuyendo su carácter teórico. El normativismo disminuiría a la ética a prescribir normas de conducta para el ser humano. Este problema es frecuente en manuales de ética en general o en códigos éticos profesionales de diversas áreas.

Las pautas de actuación y valores de una profesión, sea la que fuere, se basan en principios de tipo ético-filosófico. Beauchamp y Childress (2001, citados por Navia y Hirsch, 2015) sugieren una clasificación de cuatro principios de la ética profesional: *beneficencia*, *no maleficencia*, *autonomía* y *justicia*.

El principio de *beneficencia* representa el ideal de “hacer el bien” a los demás, en este caso a través del desempeño profesional. Se asume que toda acción realizada en el ejercicio de la profesión ha de traer un estado-fin considerado “mejor” al previamente identificado. Sin embargo, existe un problema en definir qué es “el bien”. Si se toma una posición dogmática donde lo bueno y lo malo se asume universal, no habría dificultades, al menos en teoría, para definir qué es hacer el bien. Sin embargo, si se parte de una perspectiva relativista, el bien estaría enmarcado siempre en perspectivas subjetivas, circunstancias concretas y normativas sococulturales cambiantes. La universalidad se presenta como un ideal. Tener in-

tenciones de hacer “el bien” es un principio loable de la acción profesional, pero resulta ambiguo si se presenta en situaciones hipotéticas y no en un contexto específico, en términos de un comportamiento concreto y en relación con sus posibles consecuencias.

Sucede lo mismo con el principio de *no maleficencia*, que representa evitar “hacer el mal” a alguien. Al ejercer la acción profesional se asume como obligación no infligir daño a otros, y actuar de manera en que no se arriesgue o lastime a las personas. Podría pensarse que es sencillo identificar qué significa dañar, lastimar o arriesgar a alguien de manera universal, por ejemplo, al considerar un daño físico al organismo; pero en la idea de no hacer nada malo a otros o a ti mismo, está implícita la misma problemática que en el principio de *beneficencia*. Un beneficio para alguien es quizás un maleficio para otro; o incluso algo considerado un beneficio en el presente puede provocar efectos negativos en el futuro para la misma persona. No es sencillo, entonces, asumir de forma apriorística que ciertas acciones profesionales representan algo “bueno” o algo “malo” *per se*. Esta complejidad representa la necesidad de una constante reflexión de la acción, considerando los planteamientos de la ética de la responsabilidad (Jonas, 1995) y considerando los puntos de vista involucrados como lo plantea la ética dialógica (Apel, 1991; Habermas, 2000).

Para ahondar un poco en la ética de la responsabilidad se puede mencionar que fue planteada originalmente por el filósofo alemán Max Weber y retomada de manera más reciente por Hans Jonas (Jonas, 1995; Escámez y Gil, 2001). Se resalta que la acción ética es aquella que no atenta contra la vida y el bienestar, ya sea de otros o del propio sujeto. Pero más allá de no atentar contra la vida, la responsabilidad trata de la consideración de las consecuencias de los actos y la prevención de los efectos negativos de los mismos. Esta teoría se basa en el siguiente imperativo ético: actúa de forma que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de la vida humana auténtica. Expresado de otro modo: no pongas en peligro la continuidad indefinida de la humanidad en el planeta tierra (Jonas, 1995).

Por su parte la ética dialógica o del discurso es planteada principalmente por Karl-Otto Apel (1991) y Jürgen Habermas (2000). Ésta establece que el ser humano ético es aquel que está dispuesto a tener como normas las que se hayan establecido después de un diálogo racional encaminado a lograr un consenso y se haya decidido comportarse de acuerdo con lo establecido en ese consenso. El imperativo categórico o principio en el que se fundamenta es que una decisión será ética sólo cuando se realice en consenso por parte de todos los involucrados en un problema y en igualdad de condiciones (Université de Genève, 2017).

El principio de *autonomía* puede entenderse de dos formas: la autonomía del profesional en su ejercicio y la autonomía de aquellos usuarios de los servicios de los profesionales (Beauchamp y Childress, 2001, citados por Navia y Hirsch, 2015). En el caso del profesional, la libertad es necesaria para poder ejercer la acción de manera voluntaria y motivada intrínsecamente. Por el lado de los beneficiarios de los servicios profesionales, respetar su autonomía y derechos se convierten en criterios básicos de actuación. El profesional ha de respetar las decisiones de los beneficiarios, incluyendo circunstancias como ya no desear los servicios del profesional.

Finalmente, el cuarto principio es el de *justicia*, que representa el interés por una distribución racional y justa de los recursos (Navia y Hirsch, 2015). Esto puede implicar diversos tipos de acciones en las distintas profesiones. Una de ellas podría ser realizar trabajo voluntario para poder llevar los beneficios profesionales a personas que no tienen posibilidades de pagarlo o que por algún motivo no tienen acceso a tales servicios. La acción profesional se concibe en un marco general de justicia social, aunque esto puede ser entendido de muy diversas formas.

LA ÉTICA PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO

El ejercicio profesional de la psicología se fundamenta tanto en principios éticos como en normas deontológicas. Tales principios y normas están explicitadas en códigos, ya sea llamados *éticos* o *deontológicos*, y son vigiladas por las instancias correspondientes en cada país, región o estado (Dobler, 2002; APA, 2010; SMP, 2010; FENAPSIME, 2018). Algunas naciones cuentan con leyes que incluyen regulaciones específicas de la acción profesional de los psicólogos, caso no compartido por México, donde la máxima regulación corresponde al Artículo 5º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de nivel federal, y a las Leyes de Profesiones de cada estado. Por supuesto, los psicólogos también están sujetos a otras normativas jurídicas como los códigos civil, penal, mercantil, etcétera. Todas ellas son normas generales que no contemplan en particular el ejercicio profesional del psicólogo. De cualquier forma, el comportamiento ético de los profesionales de la psicología va mucho más allá de lo que es posible regular a través de normas de índole jurídico.

Es importante identificar que la psicología puede ser entendida desde tres dimensiones: como una *ciencia*, como una *disciplina científica* concreta y como una *profesión* (Harrsch, 2005). Cada dimensión implica aspectos éticos de gran relevancia en el desempeño de los psicólogos.

Para comenzar, la *ciencia* fundamenta su acción en una filosofía que la orienta y le da sentido. Esta *filosofía de la ciencia* sustenta la idea de que la ciencia está dirigida a ayudar al ser humano a mejorar sus condiciones de vida. Así, la tarea científica se encamina hacia fines éticamente “buenos”. Esta *misión* de la ciencia es compartida por las diversas disciplinas científicas, que, de acuerdo con sus distintas áreas de estudio y aplicación, la llevan a cabo. El quehacer científico, como toda actividad humana, está compenetrado de contenido moral y ético. El científico no puede ser indiferente a sus fines ni menospreciar las consecuencias éticas de sus descubrimientos y explicaciones (Bunge, 1959/2013; Escobar, 2013).

Mario Bunge (1972) menciona que la ciencia no es éticamente neutral, como ciertas tradiciones epistemológicas lo plantean. Este autor considera principios éticos para la ciencia como la honestidad intelectual, la independencia de juicio, el coraje intelectual, el amor por la libertad intelectual y el sentido de justicia. Estos principios no están regulados por las normas jurídicas o algún otro agente externo a la ciencia, sino que han sido generados dentro de la misma, es un código interno autoimpuesto que responde a su propia misión y objetivos.

Por otra parte, la psicología es una de muchas *disciplinas científicas*. Se dedica a la búsqueda de conocimientos sobre los fenómenos característicos de la conducta y la mente humana. El ser humano es el centro de interés de la psicología, aunque también se estudian otras especies del reino animal (muchas veces con intenciones de aplicar lo descubierto en ellas en el ser humano). El estudio del ser humano considera en la actualidad una perspectiva tridimensional biopsico-social. Los psicólogos se acercan a sus objetivos de estudio a través de métodos y técnicas con ciertas características que les den validez, es decir, que cumplen con los criterios metodológicos de la ciencia. La psicología es, entonces, una disciplina científica que comprende ciertas áreas específicas a las que se dirige su investigación y la transmisión del conocimiento obtenido por ella.

La psicología como *profesión* se puede considerar como la aplicación del conocimiento, las metodologías y las técnicas, surgidas de su cuerpo científico-disciplinar, al campo específico de acción de la misma, es decir, su puesta en práctica. Esto supone una educación especializada que abarca factores cognoscitivos, experiencias prácticas y desarrollo personal y social. Las funciones que desempeñan y los escenarios en los que los psicólogos trabajan son muchos y muy diversos.

La formación profesional del psicólogo no sólo debe constituirse sobre bases sólidas de comprensión de las dimensiones científica, disciplinar y profesional de la psicología, sino también sobre una ética que permita significar el sentido de su labor y que dirigirá sus acciones hacia ciertos objetivos. Hay que considerar, como lo hace Lartigue en el prólogo del libro *La identidad del psicólogo* (Harrsch, 1994),

que el psicólogo, al ejercer su profesión, se convierte en una *variable independiente* al ejercer su profesión, es decir, en un estímulo capaz de provocar diversas respuestas. Realidad que implica una gran responsabilidad.

Existe consenso entre los organismos relacionados con la psicología a nivel internacional sobre la importancia de la ética profesional. Como ejemplo se abordará lo que manifiestan tres organizaciones de psicólogos de gran relevancia. En el ámbito internacional se considera a la American Psychological Association (APA), organización cuyas pautas son de influencia mundial; en el ámbito nacional se considera a la Sociedad Mexicana de Psicología A. C. y a la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México A. C..

Los documentos clave relacionados con la ética profesional de los psicólogos de estas tres asociaciones son sus códigos éticos. Éstos tienen como fin dar pautas tanto generales como específicas de cuáles son los valores, actitudes y comportamientos deseados en los psicólogos profesionales en aspectos éticos. El publicado por la APA, cuya última edición es del año 2010 pero que se remonta a la década de 1960, ha servido para fundamentar muchos de los códigos éticos de otros países, incluyendo México.

Una de las características del código de la APA es la presentación de una serie de principios éticos similares a aquéllos presentados previamente en la sección sobre ética profesional en general. Tales principios éticos fundamentan los artículos que después presentan a manera de normas deontológicas, es decir, de una naturaleza más moral que ética. De cualquier forma, se aclara que tales principios deben orientar la acción profesional del psicólogo y recomiendan contemplarlos, en especial, cuando los artículos específicos no sirvan para afrontar alguna situación especial que implique un problema ético. Tales principios son los que podrían fundamentar un comportamiento ético profesional del psicólogo, bajo el criterio de ser asumidos de manera voluntaria y autónoma.

En los *Principios éticos del psicólogo y código de conducta* (2010), que es el nombre oficial del que muchas veces es llamado simplemente como “código ético” de la APA, se plantea la existencia de cinco principios generales que todo psicólogo debe considerar en su labor profesional. Tales no están representados al estilo de las normas jurídicas, que al no cumplirse implican una sanción, sino como criterios en los que se fundamenta tanto el sentido en general como los objetivos concretos de la acción del psicólogo. Estos principios son (nota: la traducción fue realizada por el autor): a) *beneficio y prevención de daños*; b) *fidelidad y responsabilidad*; c) *integridad*; d) *justicia*; y e) *respeto a los derechos y a la dignidad humana*.

Por su parte, el *Código ético del psicólogo*, publicado por la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP, 2010: 35), plantea como precepto fundamental sobre el cual

se establecieron las normas en él incluidas que: “el psicólogo asume la responsabilidad de actuar, en el desempeño de sus actividades profesionales, académicas y científicas bajo un criterio rector, que es garantizar en todo momento el bienestar de todos aquellos individuos, grupos u organizaciones que requieran de sus servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la Psicología”. Y por ello, todo psicólogo debe adherirse a los siguientes principios interdependientes: a) *respeto a los derechos y a la dignidad de las personas*; b) *cuidado responsable*; c) *integridad en las relaciones*; y d) *responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad*.

En el caso del “Código de ética de las y los psicólogos mexicanos” de la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México A.C. (2018), se plantean diez principios éticos. Tales principios son: a) autonomía; b) competencia; c) compromiso profesional y científico; d) confidencialidad; e) integridad; f) justicia y equidad; g) legalidad; h) respeto y defensa de los derechos humanos; e i) sustentabilidad.

En ambos documentos se ahonda en las implicaciones de cada principio, describiendo consideraciones que de ellos emanan. Es recomendable identificar tales detalles dirigiéndose a los documentos originales, lo que permitiría identificar, entre otras cosas, sus similitudes. Sin embargo, la creación de principios y artículos que guíen la conducta de los psicólogos es una acción de tipo normativa, pero no aborda la forma real en que son tomadas las decisiones. Comprender las características del comportamiento ético profesional requiere mucho más que tener una serie de criterios para juzgar el desempeño de los psicólogos.

LA ÉTICA EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO

Sin duda alguna, es necesario que se desarrollen procesos de enseñanza-aprendizaje dirigidos al desarrollo del comportamiento ético profesional dentro de los currículos de los programas de pregrado y posgrado en psicología. Las posturas referentes a cómo integrar esos procesos no están consensuadas. Algunos defienden la importancia de ubicar la ética profesional de manera transversal en los programas generales de estudio, otros abogan por la inclusión de materias concretas dirigidas a su desarrollo (Del Río, 2009). El debate está abierto pero lo que no se puede negar es la relevancia de que la formación en ética profesional debe incluirse desde los estudios de pregrado.

Organizaciones de psicólogos en el ámbito internacional y nacional, como las mencionadas APA (2010), o la SMP A.C. (2010), respaldan desde hace décadas la

importancia de la ética profesional, y promueven que los programas de pregrado y posgrado en el área la tomen en cuenta como parte fundamental de formación en los estudiantes del área.

En países como España, el Colegio Oficial de Psicólogos se ha pronunciado a favor de incluir la formación ética profesional en los programas de pregrado (Del Río, 2009). Existen otras asociaciones de psicólogos profesionales del ámbito internacional, como la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), cuyo Comité Permanente de Ética publicó un informe en 1999 que fue aprobado en la Asamblea General en 2001, titulado: *Recommendations for teaching ethics for psychologists*. En él se exponen todos los aspectos de la formación en ética y deontología que deben tenerse en cuenta en la educación de los psicólogos en la Unión Europea. También se muestra que un buen conocimiento y sensibilidad ante las cuestiones éticas en situaciones profesionales son un elemento básico necesario en la competencia profesional de los psicólogos. Se proponen recomendaciones para los estudiantes de psicología y sobre el entrenamiento en ética profesional que éstos deberían recibir en su periodo formativo, señalando las áreas específicas y perspectivas que deberían aplicarse en la docencia de esta materia como asignatura independiente y como parte integrada del currículum.

En el ámbito estadounidense, como menciona Del Río (2009), la APA ha mostrado desde hace mucho tiempo un gran interés por la formación en ética de sus miembros hasta el punto de que desde finales de los años setenta a todos los programas de formación universitaria para psicólogos que busquen ser reconocidos por la asociación se les exigen ofrecer una formación en ética profesional y a familiarizar a los estudiantes con la versión del concurrente con su código ético, es decir con los *Principios éticos del psicólogo y código de conducta* (2010).

En 2002, en el marco de la Competencies conference: future directions in education and credentialing in professional psychology, auspiciada por diferentes organismos, entre ellos la APA, se formó un grupo de trabajo que pretendía identificar las competencias básicas y estrategias de capacitación y evaluación relacionadas con la enseñanza de la ética y la formación de los psicólogos (Del Río, 2009). El grupo se ocupó de identificar los componentes principales de esta capacitación, llegando al consenso de que los psicólogos y estudiantes de psicología necesitan desarrollar conocimientos y habilidades para la toma de decisiones éticas y de intervención, incluyendo las siguientes competencias: *a)* para evaluar y adoptar o adaptar el propio modelo de toma de decisiones éticas y aplicarlo con integridad personal y competencia cultural en todos los aspectos de sus actividades profesionales; *b)* para reconocer los dilemas éticos y legales en el curso de sus actividades profesionales; *c)* para reconocer y conciliar los conflictos entre los códigos y las

leyes y hacer frente a la convergencia, divergencia, y la ambigüedad; y *d*) para plantear y resolver los problemas éticos y jurídicos de forma adecuada.

Según reporta del Río (2009: 213), “el grupo de trabajo concluyó destacando la creencia de que la formación en ética de los estudiantes de psicología era la mayor garantía contra la conducta profesional inadecuada ofreciendo, además, una variedad de métodos para mejorar la docencia de la ética reforzando, así, el prestigio de la profesión y la protección de los usuarios de los servicios de atención psicológica”.

LA ÉTICA PROFESIONAL EN LOS MODELOS CURRICULARES POR COMPETENCIAS EN LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS

Las exigencias de los modelos educativos por competencias implican definir a la ética profesional en términos de comportamiento. Una competencia puede definirse como “una combinación de conocimientos, capacidades y actitudes adecuadas al contexto” (Comunidades Europeas, 2007: 5). Las competencias pueden ser consideradas como parte de la capacidad adaptativa de los seres humanos, las cuales pueden ser desplegadas para responder a las necesidades específicas que las personas enfrentan en contextos sociohistóricos y culturales concretos, “lo que implica un proceso de adecuación entre el sujeto, la demanda del medio y las necesidades que se producen, con la finalidad de poder dar respuestas y/o soluciones a las demandas planteadas” (García, 2011: 4).

Los modelos de educación por competencias en el nivel de educación superior están respaldados a nivel global por la *Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI* de la Unesco (1998). En México, el *Programa Sectorial de Educación 2013-2018* (SEP, 2013: 27) menciona que en la educación superior “se forma a los jóvenes en las competencias que se requieren para el avance democrático, social y económico del país”. Se considera a la educación superior, junto con la media superior y la formación para el trabajo, como “fundamentales para construir una nación más próspera y socialmente incluyente, así como para lograr una inserción ventajosa en la economía basada en el conocimiento” (SEP, 2013: 27).

Los modelos por competencias también son un estándar adoptado por organismos mexicanos como la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES, 2015) y son un criterio de acreditación de la calidad de los programas académicos de formación profesional tomado en cuenta por los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior A.C. (CIEES, 2008).

Para la educación superior se plantea el concepto de *competencia profesional*, el cual ha sido definido de diversas formas, entre las cuales podemos citar la de Castellanos (1999; citado por Sesento, 2008: VII), que la considera como una “organización estructurada y compleja del saber, el hacer, el reconocer, discriminar, valorar y decidir, no de manera mecánica como en la aplicación de una técnica, sino en la conjugación de un dominio teórico que elige un campo de aplicación adecuado para el uso integral de conocimientos, herramientas y métodos, que permiten intervenir profesionalmente la realidad para la resolución o esclarecimiento de un problema o una situación dada”; o la de Varela (2014: 4) que la concibe como “los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para desempeñar un rol determinado y la capacidad de solucionar problemas en un contexto profesional específico”.

El desempeño profesional de calidad integra competencias propias de cada disciplina y también aquellas que son compartidas entre profesiones, lo que significa que existen las *competencias específicas* y las *competencias genéricas* o *transversales*, como lo plantea el “Proyecto Tuning” iniciado en la Unión Europea y que ha tenido eco en Latinoamérica desde hace más de una década (Gonzales, Wagenaar y Beneitone, 2004; Victorino y Medina, 2007; Facultad de Psicología de la Universidad de Colima, 2015).

El “Proyecto Tuning” subdivide las competencias genéricas en tres categorías: *a)* instrumentales, *b)* interpersonales y *c)* sistémicas (Victorino y Medina, 2007). Dentro de las interpersonales se encuentra aquella que es objeto de esta investigación, nombrada dentro del mencionado proyecto como *compromiso ético*.

En el caso de la APA, también se plantea como estándar el seguir un modelo educativo por competencias para la acreditación de los programas profesionales de psicología de los Estados Unidos de América, tal y como se manifiesta en sus *Lineamientos y principios para la acreditación de programas de psicología profesional* (2006a).

En síntesis, los modelos de educación por competencias son el estándar a seguir en todos los niveles educativos, incluyendo la educación superior, y ello abarca a los programas de formación profesional en psicología. A su vez, la ética profesional es concebida como una competencia clave en la educación superior, por lo que su inclusión en los programas de psicología es una exigencia en la actualidad.

Desde finales de la década de 1990, el Consejo Técnico del Examen General de Egreso de Licenciatura de Psicología del Centro Nacional de Evaluación (Ceneval) incluyó en el *Perfil referencial de validez del psicólogo en México* la *competencia ética*, junto con otras seis, como lo son las competencias conceptuales, metodológicas, técnicas, integrativas, contextuales y adaptativas (1999). Esto re-

presentó que la dimensión ética fuera concebida como una competencia profesional, lo que implica una visión específica de entender la misma en un sentido práctico. Cabe resaltar que esta visión por competencias aplicada a la formación de psicólogos es resultado de los trabajos realizados en el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), órgano representativo de esta ciencia en el caso de México.

En el mencionado *Perfil referencial de validez del psicólogo en México* (CENEVAL, 1999), se define la competencia ética simplemente como el dominio de los valores profesionales, y es desglosada en tres dimensiones: *a)* valores profesionales, *b)* aceptación de la diversidad y *c)* promoción de la justicia. Dada la generalidad de tal definición, es importante construir un concepto más claro y detallado, que permita realmente cumplir con las características fundamentales de toda competencia profesional, como el ser observable y evaluable. Es decir, plantear a la ética profesional del psicólogo en términos de comportamiento.

Basándose en tales estándares y siguiendo las recomendaciones de estos organismos, instituciones como la Universidad de Colima integraron a su currículo la competencia ética profesional (Facultad de Psicología de la Universidad de Colima, 2000). Sin embargo, es notoria la ambigüedad de la definición, pues *dominar* los valores es algo que no se aclara por completo. ¿Qué representa dominar los valores? ¿Conocerlos conceptualmente? ¿Aplicarlos en el desempeño profesional? Tampoco queda claro cuáles serían los valores profesionales de la psicología, aunque quizá, con respecto a ello, podríamos remitirnos a los códigos éticos para identificarlos (APA, 2010; SMP, 2010). Todo esto tendría que ser aclarado para poder caracterizar a la ética profesional, y con base en ello, lograr operacionalizarla en indicadores observables a nivel de comportamiento, como lo exigen los modelos por competencias. A pesar de la ambigüedad, el Examen General de Egreso del mencionado CENEVAL consideró, en 1999, la posibilidad de evaluar esta competencia en el propio examen, pero no se han identificado publicaciones que describan cómo es que las universidades la evalúan.

TOMA DE DECISIONES Y COMPORTAMIENTO ÉTICO PROFESIONAL EN LOS PSICÓLOGOS

Existen situaciones profesionales en las que un código ético es suficiente para identificar aquellas prácticas que son éticamente relevantes y los principios que guían el desempeño profesional (Gordon y Sork, 2001; citados por Núñez-Rodríguez, 2014; García-Avitia, Preciado-Serrano, Ángel-González y Luna-Bernal, 2018).

Pero en diversas ocasiones se presentan situaciones complejas y es recomendable la aplicación de un modelo de toma de decisiones éticas (del Río, 2009).

Existen diferentes modelos de toma de decisiones éticas (Cottone y Claus, 2000; Núñez-Rodríguez, 2014; López, 2015; Ruiz-Cano et al., 2015), todos consideran la necesidad de identificar pasos que pueden seguirse al enfrentar un problema ético profesional. Algunos de estos modelos de tomas de decisiones éticas se integran en la Figura 1, incluyendo autor(es), año de publicación, disciplina de donde surge y fases que incluye.

FIGURA 1.
Modelos de toma de decisiones éticas

<i>Modelo</i>	<i>Pasos del proceso de toma de decisiones éticas</i>
Modelo de Brody y Payton, 1972 (Medicina)	• Desarrollar la percepción de problema. • Enlistar las alternativas y sus posibles consecuencias. • Asignar un valor a la felicidad que produce cada alternativa. • Comparar las alternativas identificadas con las normas y principios deontológicos. • Identificar las alternativas consistentes con las normas y principios. • Elegir la alternativa que genere más felicidad a la par de ser congruente con las normas y principios.
Modelo de Rest, 1982 (Psicología)	• Reconocer que existe un problema moral en determinada circunstancia. • Hacer un juicio moral. • Establecer una intención de actuar o no actuar moralmente. • Comprometerse con esa conducta moral.
Modelo de Jones, 1991 (Administración de Empresas)	• Magnitud de las consecuencias; beneficios y daños que siente la víctima de un acto moral. • Consecuencias sociales; aceptar que el acto propuesto es ético o anti-ético. • Probabilidad del efecto; el acto puede causar beneficio o daño. • Inmediatez temporal; el tiempo que se percibe entre el acto y sus consecuencias. • Efecto; número de personas afectadas. • Proximidad; cuan cercana esta la víctima del que toma la decisión

<i>Modelo</i>	<i>Pasos del proceso de toma de decisiones éticas</i>
Modelo de Anne Davis, 1991 (Enfermería)	• Identificar la existencia de un dilema ético. • Obtener la información necesaria para establecer los hechos y limitaciones de la situación. • Identificar los principios éticos afectados. • Identificar las obligaciones de los sujetos participantes en la toma de decisiones. • Identificar el papel de la organización.
Modelo de Nijmegen, 2003 (Medicina)	• Definir el dilema o problema ético. • Definir el entorno de la organización y su influencia en el personal de salud. • Identificar los valores del paciente y el entorno social • Evaluar la situación con base en el bien del paciente, considerando su autonomía; y con base en las responsabilidades profesionales de la salud. • Decidir y evaluar la decisión tras tomarla.
Modelo de Brown, 2006	• Organizar posibles soluciones. • Impartir responsabilidad a los involucrados. • Pensar y calcular posibles acciones y expresar las preferencias. • Analizar lo impredecible. • Establecer una decisión parcial elaborada por los involucrados. • Asumir la decisión adoptada basada en la racionalización y culturalización de los individuos.
Modelo de King y Powell, 2006	• Identificar los aspectos éticos que impactan al dilema; enfrentar el dilema a los valores y presentar alternativas para responder al dilema. • Determinar la intencionalidad. • Escoger acciones que provean resultados. • Reflexionar sobre la congruencia entre las acciones y la intención. • Analizar el impacto de las acciones sobre los que intervienen en el dilema. • Dilucidar la congruencia de los valores con decisiones futuras.

<i>Modelo</i>	<i>Pasos del proceso de toma de decisiones éticas</i>
Modelo de Cooper, 2006 (Administración Pública)	• Percibir un problema ético. • Describir la situación y definir el problema. • Identificar posibles alternativas para atender el dilema ético. • Encontrar la alternativa más apropiada para atender el dilema ético. • Evaluar la alternativa contra las reglas morales o principios éticos.
Modelo de Hartsell, 2006 (Trabajo social)	• Maximizar y apoyar la vida y todos sus procesos. • Maximizar las opciones disponibles y seleccionarlas libremente. • Maximizar las relaciones entre los implicados abriendo formas de comunicación continua.
Modelo de Diego Gracia, 2009 (Medicina)	• Nivel 1: identificar el marco general de referencia o canon de moralidad con el que se contrastan los hechos. • Nivel 2: definir los valores y principios éticos involucrados • Nivel 3: analizar las circunstancias y consecuencias del acto concreto, que desembocan en un deber moral y/o legal
Modelo del Centro de Recursos para la Ética (ERC), 2009	• Definir el problema y describir por qué hay que tomar una decisión. • Identificar las posibles soluciones al problema. • Evaluar cada una de las posibles alternativas. • Tomar la decisión. • Implantar la decisión.
Modelo ECID de Núñez-Rodríguez, 2014 (Educación)	• Examinar el dilema ético • Considerar posibles alternativas • Instituir la alternativa seleccionada • Deliberar la alternativa escogida y analizar su impacto

Nota: Basado en Núñez-Rodríguez (2014) y Ruiz-Cano et al. (2015)

Cabe resaltar que existen modelos de tipo normativo y los de tipo descriptivo (Cottone y Claus, 2000; López, 2015). Los normativos surgen desde la fundamentación de alguna teoría ético-moral de corte y manifiestan lo que se debe hacer en caso de algún conflicto o dilema ético. Los modelos descriptivos parten de la investigación empírica del comportamiento humano realizada desde la psico-

logía y describen lo que las personas hacen realmente ante un conflicto o dilema ético (García-Avitia, Preciado-Serrano, Ángel-González y Luna-Bernal, 2018).

Los cursos de ética profesional basados en el modelo de toma de decisiones y que emplean técnicas de solución de problemas son los que han gozado de más aceptación a nivel mundial (Eberlein, 1987; Bersoff, 2003; citados por Del Río, 2009). Muchos de los programas que actualmente se están impartiendo en el contexto europeo y estadounidense se basan en ese modelo o incluyen una sección donde se entrena a los estudiantes en la identificación y resolución de dilemas éticos.

Las investigaciones que se han realizado para comprobar la eficacia de tales cursos demuestran que han sido útiles. Pettifor, Estay y Paquet (2002; citados por Del Río, 2009) evaluaron el impacto de siete estrategias de enseñanza de la ética, encontrando que las identificadas como interactivas se mostraron más útiles en comparación con los métodos didácticos tradicionales. En las publicaciones sobre la docencia de la ética en psicología se presentan dos enfoques principales: uno se refiere a que los psicólogos deben conocer las normas de buena praxis, normas que se contienen en los códigos éticos y/o en otras directrices aprobadas por los colegios profesionales y también en la legislación aplicable; el segundo es que sepan integrar esos conocimientos en la práctica y, por tanto, que sean capaces de identificar los dilemas y seguir los pasos adecuados en el proceso de toma de decisiones éticas.

La Asociación Canadiense de Psicología (APC) fue la primera en incluir el proceso de toma de decisiones éticas en su código de ética. Los pasos del proceso, tal como se describe en la tercera edición del Código (CPA, 2000; Del Río, 2009), incluyen:

- Identificación de los individuos y grupos potencialmente afectados por la decisión.
- Identificación de los conflictos y prácticas éticamente relevantes, incluyendo los intereses, derechos y cualquier característica relevante y grupos involucrados, y del sistema o circunstancias en las cuales se presenta el problema ético.
- Identificar cómo sesgos, tensiones o intereses personales podrían influir el desarrollo o la elección entre los posibles cursos de acción.
- Desarrollar alternativas de cursos de acción.
- Analizar los riesgos y beneficios a corto y largo plazo de cada posible curso de acción en los individuos o grupos involucrados o que podrían ser afectados (por ejemplo: los clientes, sus familias, empleados, emplea-

dores, estudiantes, participantes en investigaciones, los colegas, la psicología como disciplina, la sociedad en general y el propio profesional que toma la decisión).

- Elegir el curso de acción después de la aplicación consciente de los principios, valores y estándares existentes.
- Realizar la acción, con el compromiso de asumir la responsabilidad de las consecuencias de la misma.
- Evaluar los resultados del curso de acción elegido.
- Asumir la responsabilidad, en los hechos, por las consecuencias de la acción, incluyendo la corrección de las consecuencias negativas, si las hay, o de reanudar el proceso de toma de decisiones si el problema ético no está resuelto.
- Prevenir que el dilema pueda ocurrir de nuevo en el futuro, realizando acciones apropiadas como comunicar la situación y resolver problemas con otros colegas, o cambios en los procedimientos y prácticas.
-

Si bien este tipo de modelos de toma de decisiones éticas puede ser de gran utilidad, al convertirse en normativos podrían representar una orientación hacia la dimensión moral-deontológica más que hacia la ética. Además, para seguir estos pasos se requiere de una formación específica que lo permita, lo cual probablemente no suceda en todos los programas de pregrado o posgrado del área.

CONCLUSIÓN

Es necesario que tanto en la psicología como le ética aplicada se comience a hablar de comportamiento ético profesional y no solamente de ética profesional, porque es en el comportamiento donde los principios o normativas aprendidas en códigos éticos y en los procesos educativos cobran verdaderamente vida. Es muy importante realizar esta distinción porque la ética profesional suele entenderse solamente como las normativas y principios presentes en códigos y otros documentos que rigen por obligación el desempeño, pero no se suele abordar como un comportamiento. Es fundamental centrar la atención en las acciones cotidianas del psicólogo en su desempeño profesional y los procesos que se llevan cabo para que éstas se ejecuten, siempre en consideración del contexto, las circunstancias específicas y las relaciones interpersonales involucradas.

Como todo comportamiento humano complejo, el comportamiento ético profesional requiere del aprendizaje y responde a toda una serie de factores cognitivos y afectivos que se fundan en los procesos del desarrollo y que se sitúan en contextos sociales, culturales y ambientales específicos. Promover el aprendizaje de un comportamiento ético profesional es un reto que las universidades e instituciones tendrán que resolver. Además, la tendencia a la formación profesional por competencias exige plantear en términos de comportamiento los aprendizajes que requiere cualquier profesión, incluyendo aquéllos relacionados con la ética. La evaluación de la ética profesional constituye un desafío que aún no se ha logrado superar con éxito.

Así que no es suficiente la creación y difusión de los códigos de ética profesional por parte de algunas organizaciones o instituciones educativas para asegurar que tales serán llevados a la práctica por los psicólogos en su cotidianidad. Conocer los contenidos de un código ético no es suficiente para que se pongan en práctica. Esto tendría las mismas limitaciones que asumir que simplemente con crear y difundir leyes será suficiente para que los miembros de una sociedad actúen en congruencia con ellas. He ahí la necesidad de plantear a la ética profesional en términos de comportamiento y asumirla como un objeto complejo de estudio que merece ser investigado por la psicología para asegurar su promoción y evaluación formal por parte de las instituciones y organizaciones que forman y supervisan profesionales.

FUENTES CONSULTADAS

- Aierbe, A., A. Cortés y C. Medrano (2001), “Una visión integradora de la teoría kohlbergiana a partir de las críticas contextuales: implicaciones para la educación y la investigación en el ámbito moral”, *Cultura y Educación*, vol. 13, núm. 2, pp. 147-177.
- American Psychological Association (2006a), *Guidelines and Principles for Accreditation of Programs in Professional Psychology*. Recuperado de <http://www.apa.org/ed/accreditation/about/policies/guiding-principles.pdf>
- American Psychological Association (2006b), *APA task force on the assessment of competence in professional psychology: Final report*. Recuperado de: <http://www.apa.org/ed/resources/competence-report.aspx>
- American Psychological Association (2010), *Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct*, Washington D.C., Autor.
- Apel, K. (1991), *Teoría de la verdad y ética del discurso*, Barcelona, Paidós.

- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (s/f). *Misión, Visión y Objetivos Estratégicos*. Recuperado el 2 de noviembre de 2015 de: <http://www.anuies.mx/anuies/acerca-de-la-anuies/mision-vision-y-objetivos-estrategicos>
- Bolívar, A. (2005), “El lugar de la ética profesional en la formación universitaria”, *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, vol. 10 núm. 24, pp. 93-12. Recuperado de: <http://www.comie.org.mx/documentos/rmie/v10/n24/pdf/rmiev10n24scB06n01es.pdf>
- Bunge, M. (1959/2013), *La ciencia, su método y su filosofía*, Biblioteca Bunge. Pamplona, Laetoli.
- (1972), *Ética y ciencia*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Canadian Psychologist Association (2000), *Canadian Code of Ethics for Psychologists* (3ª ed.). Recuperado de: <http://ethics.efpa.eu/board-of-ethics/teaching-ethics-in-psychology-training/>
- Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior A.C. (2008), *Metodología general CIEES para la evaluación de programas educativos. Manual para la autoevaluación*, México, Autor. Recuperado de http://www.beceneslp.com.mx/TemplateCIEES/Info/Guia%20AutoEval%20Planes%20y%20Prog/1.%20Met_Gral_CIEES_2008.pdf
- Comunidades Europeas (2007), *Competencias clave para el aprendizaje permanente. Un marco de referencia europeo*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Recuperado de: <http://www.mecd.gob.es/dctm/ministerio/educacion/mecu/movilidad-europa/competenciasclave.pdf?documentId=0901e72b80685fb1>
- Consejo Técnico del Examen General de Egreso de Licenciatura. Psicología, CENEVAL (1999), *Perfil Referencial de Validez del Psicólogo en México*, CENEVAL, A. C. México, Autor.
- Del Río, C. (2009), “La docencia de la ética profesional en los estudios de psicología en España”, *Revista Papeles del Psicólogo*, vol. 30, núm. 3, pp. 210-219. Recuperado de <http://www.cop.es/papeles>
- Dobler, I. (2002), *La responsabilidad en el ejercicio médico* 2ª ed., México, Manual Moderno.
- European Federation of Psychologist Associations (1995), *Carta Ethica or Charter of Professional Ethics for Psychologists*. Recuperado de: <http://www.efpa.eu/professional-development/carta-ethica-or-charter-of-professional-ethics-for-psychologists>
- European Federation of Psychologist Associations (1999), *Recommendations for teaching ethics for psychologists*. Recuperado de: <http://ethics.efpa.eu/board-of-ethics/teaching-ethics-in-psychology-training/>
- Escámez, J. y R. Gil (2001), *La educación en la responsabilidad*, Madrid, Paidós.
- Escobar, G. (2013), *Ética: introducción a su problemática y su historia*, 7ª ed., México, McGraw Hill.

- Facultad de Psicología, Universidad de Colima (2000), *Plan de estudios Licenciatura en Psicología*, Colima, México, Autor.
- Facultad de Psicología, Universidad de Colima (2015), *Plan de estudios. Licenciatura en psicología. Currículum Integrado y Centrado en el Aprendizaje-Psicología* (CICA-P), Colima, México, Autor.
- García, J. (2011), "Modelo educativo basado en competencias: importancia y necesidad," *Actualidades Investigativas en Educación*, vol. 1, núm. 3, pp. 1-24. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44722178014>
- Gonzales, J., R. Wagenaar y P. Beneitone (2004), "Tuning-América Latina: un proyecto de las universidades", *OEI-Revista Iberoamericana de Educación*, núm. 35. Recuperado de <http://www.rieoei.org/rie35a08.htm#1>
- Habermas, J. (2000), *Aclaraciones a la ética del discurso*, Madrid, Trotta.
- Harrsch, C. (2005), *La identidad del psicólogo*, 4ª ed., México, Pearson.
- Jonas, H. (1995), *El Principio de Responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Barcelona, Herder.
- Kohlberg, L. (1958), *The development of modes of moral thinking and choice in the years 10 to 16*. Tesis doctoral. University of Chicago.
- Lind, G. (1999), "Una introducción al test de juicio moral", *Psychology of Morality and Democracy and Education*. Recuperado en: <http://www.uni-kontanz.de/ag-moral/b-publik.htm>
- Navia, C. y A. Hirsch (2015), "Ética profesional en estudiantes de posgrado en dos universidades mexicanas", *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, vol. 1, núm. 1, pp. 100-115. Recuperado de <http://redie.uabc.mx/vol17no1/contenido-navia-hirsch.html>
- Núñez-Rodríguez, S. (2014), *Modelo de toma de decisiones para explorar los dilemas éticos en la educación a distancia*. Tesis doctoral. Universidad Metropolitana, Puerto Rico.
- Palos, J. (1998), *Educación para el futuro: Temas transversales del currículum*, 2ª ed., España, Desclée de Brouwer.
- Piaget, J. (1932/1984), *El criterio moral del niño*, Barcelona, Ediciones Martínez Roca.
- Rest, J. (1979), *Development in judging moral issues*, Minneapolis, MN, University of Minnesota Press.
- Ruiz-Cano, J. et al (2015), "Revisión de modelos para el análisis de dilemas éticos", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* vol. 72, núm. 2 pp. 89-98. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114615000556>
- Secretaría de Educación Pública (2013), *Programa Sectorial de Educación 2013-2018*, México, Autor.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2016), Observatorio Laboral. Recuperado de: <http://www.observatoriolaboral.gob.mx/>

- Sesento, L. (2008), *Modelo sistémico basado en competencias para instituciones educativas públicas*. Tesis inédita de doctorado. Centro de Investigación y Desarrollo del Estado de Michoacán, Morelia. Recuperado el 25 de octubre de 2015 de: <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/lsg/index.htm>
- Sociedad Mexicana de Psicología A.C. (2010), *Código ético del psicólogo*, México, Trillas.
- Unesco (1998), *Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: visión y acción. Y marco de acción prioritaria para el cambio y el desarrollo de la Educación Superior aprobados por la Conferencia Mundial sobre la Educación Superior*. Recuperado de http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm
- Université de Genève (Producer) (2017), L'éthique du discours de Jürgen Habermas et Karl-Otto Apel. Disponible en : <https://www.coursera.org/learn/ethique/lecture/E2lCp/3-l-ethique-du-discours-de-jurgen-habermas-et-karl-otto-apel-discourse-ethics-by>
- Varela, M. (2014), “Currículo profesional y enseñanza de la psicología”, en IV Congreso Internacional de Educación Superior, *La formación por competencias* (2014, San Cristóbal de las Casas, Chiapas). Recuperado el 20 de octubre de 2015 de http://www.congresoeducacion.unach.mx/sistema_congeducacion/ponencias/2012/Curriculo%20profesional%20del%20psic%C3%B3logo.docx
- Victorino, L. y M. Medina (2007), “Educación basada en competencias y el proyecto Tuning en Europa y Latino América”, *Ide@s CONCYTENG*, núm. 39, pp. 97-111. Recuperado de <http://www.observatorio.org/colaboraciones/2007/TuningEuropayAL-LiberoVictorionoRamirez%2011oct07.pdf>
- Zerpa, C. (2007), “Tres teorías del desarrollo del juicio moral: Kohlberg, Rest, Lind. Implicaciones para la formación moral”, *Laurus*, vol. 13, núm. 23, pp. 137-157. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76102308>

CAPÍTULO VI

DESARROLLO DE INTERVENCIONES PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES

*Jorge Alberto Valadez-García; Roberto Oropeza-Tena;
Martha Leticia Salazar-Garza; Mónica Fulgencio-Juárez*

EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

En México, el consumo de drogas representa un problema de salud pública que afecta la calidad de vida de varios sectores de la sociedad y los datos epidemiológicos nos brindan un panorama del consumo de drogas en el país. Por tanto, se mencionará la información respecto al consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en población adolescente.

De acuerdo con la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (Encodat), la prevalencia del consumo de tabaco alguna vez en la vida fue de 4.9 por ciento en la población de 12 a 17 años de edad, lo cual indica una disminución significativa en comparación al 6.5 por ciento reportado en la encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011). Al evaluar la prevalencia del consumo actual, en los hombres se observó una disminución de 10 por ciento en 2011, a 6.7 por ciento en 2016; en el caso de las mujeres se mantuvo igual con 2.9 por ciento en 2011 y 3 por ciento en 2016. De esta población adolescente, 0.5 por ciento fuman diariamente y 4.4 por ciento son fumadores ocasionales. Los fumadores adolescentes, en promedio, inician el consumo diario de tabaco a la edad de 14.3 años (Encodat, 2017a).

Por otro lado, en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (Encode) de 2014, se reportó que a nivel nacional 30.4 por ciento de los estudiantes de secundaria y bachillerato han iniciado el consumo de tabaco. De

los estudiantes de secundaria 6.3 por ciento son fumadores actuales, mientras que en los estudiantes de bachillerato la prevalencia se incrementa a 18.8 por ciento (Encode, 2014a).

En cuanto a la tendencia del consumo de alcohol, en el último mes, en población de 12 a 17 años de edad, se encontró diferencias entre 14.5 por ciento del consumo reportado en 2011 y 16.1 por ciento en 2016. Respecto al patrón de consumo diario, se observó un aumento significativo de 0.2 por ciento en 2011 a 2.6 por ciento en 2016. Finalmente, en relación con consumo excesivo de alcohol en el último mes, se observó un incremento, ya que se registró 4.3 por ciento en 2011 y 8.3 por ciento en 2016 (Encodat, 2017b).

De acuerdo con los resultados de la Encode, en 2014 la prevalencia del consumo de alcohol alguna vez en la vida en estudiantes de secundaria y bachillerato fue de 53.2 por ciento, 54 por ciento en hombres y 52.5 por ciento en mujeres. El 14.5 por ciento de los estudiantes consumieron alcohol en exceso y se encontró una diferencia por edades en este patrón de consumo; en el caso de adolescentes de 12 años o menos, la prevalencia fue de 4 por ciento, en estudiantes de 13 a 17 años la prevalencia fue de 28.8 por ciento y para los jóvenes de 18 años o más la prevalencia alcanzó 37.7 por ciento (Encode, 2014b).

Por otro lado, se observó un aumento significativo en la tendencia del consumo de drogas ilegales, en el último año, en población adolescente; pasó de 1.6 por ciento en 2011 a 3.1 por ciento en 2016. El consumo de marihuana aumentó de 2.4 por ciento en 2011 a 5.3 por ciento en 2016; y el consumo de cocaína pasó de 0.7 por ciento en 2011 a 1.1 en 2016 (Encodat, 2017c).

En la Encode se indica que el porcentaje de estudiantes de secundaria y bachillerato que alguna vez consumieron cualquier droga ilegal fue de 17.2 por ciento en total; en el caso de los hombres, de 18.6 por ciento, y de la mujeres, 15.9 por ciento. Además, respecto al consumo de cualquier droga en el último mes, la prevalencia en hombres fue de 12.8 por ciento en secundaria y de 28.4 por ciento en bachillerato; en las mujeres se reportó 12.1 por ciento en secundaria y 21.9 por ciento en bachillerato. Se encontró que la marihuana fue la droga de mayor consumo, con 12.9 por ciento en hombres y 8.4 por ciento en mujeres; seguida por los inhalables, con 5.9 por ciento en hombres y 5.8 por ciento en mujeres; la cocaína, con 4.2 por ciento en hombres y 2.5 por ciento en mujeres; y finalmente están los tranquilizantes, con 3.2 por ciento en hombres y 4.3 por ciento en mujeres (Encode, 2014c).

Los datos epidemiológicos muestran las tendencias al alza del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Estos datos indican la importancia de evitar o retrasar el consumo de estas sustancias, mediante la planeación y desarrollo de

acciones preventivas que consideren como población objetivo a los jóvenes en las etapas de la preadolescencia y la adolescencia, siguiendo los estándares internacionales de prevención del consumo de drogas (National Institute of Drug Abuse [NIDA], 2004 ; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2015).

LA PREVENCIÓN EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES

La prevención implica tomar medidas y realizar acciones que eviten la aparición de problemas o de situaciones consideradas como problemáticas, con el objetivo de mejorar la salud pública de la población mediante la identificación y eliminación del riesgo y el desarrollo de factores de protección (Society for Prevention Research, 2011).

En el área de las adicciones, la prevención involucra los esfuerzos dirigidos a la reducción y/o abstinencia del consumo de drogas y sus problemas asociados (Lorenzo *et al.*, 2009).

El concepto de prevención se ha utilizado desde la época antigua, sin embargo, en la década de los ochenta del siglo xx, en el área de la salud mental se planteó un modelo conceptual que clasificaba a la prevención en primaria, secundaria y terciaria (Centros de Integración Juvenil CIJ, 2009). La prevención primaria hacía referencia a las intervenciones que se realizan antes de que aparezca la enfermedad; la prevención secundaria aludía a las intervenciones cuyo propósito es tratar la enfermedad en las primeras etapas de evolución y evitar su progresión; finalmente, la prevención terciaria tenía como objetivo evitar complicaciones ocasionadas por la enfermedad y prevenir la recaída (Caplan, 1980); sin embargo, esta clasificación ya no se encuentra en uso. En la actualidad, en el marco de las adicciones se habla de tres tipos de prevención con objetivos diferentes y dirigidos a la población, según su nivel de riesgo relacionado con el consumo de drogas. Estas categorías propuestas por Gordon y aceptadas por el NIDA se conocen como *prevención universal*, *prevención selectiva* y *prevención indicada* (Becoña, 1999).

La *prevención universal* se dirige a la población en general que aún no haya tenido contacto con drogas, desde niños a adultos y sin distinción de las situaciones de riesgo; su objetivo es promover un estilo de vida saludable. Se desarrolla mediante estrategias generales que requieren menos tiempo y esfuerzo, por ende, son de menor costo y no se necesita de personal especializado en adicciones (Centros de Integración Juvenil [CIJ], 2009; Lorenzo *et al.*, 2009).

Algunos ejemplos de estas intervenciones son aquellas que fomentan hábitos de higiene y cuidado personal, estrategias de estudio, buen uso del tiempo libre, fomento deportivo y cultural.

La *prevención selectiva* está dirigida a grupos de la población con un especial riesgo de consumo, es decir, aquellas personas que por sus características sociodemográficas y condiciones de vida se encuentran expuestas a diferentes factores de riesgo que las hacen más vulnerables a iniciar el consumo de alguna droga. Algunos de los grupos poblacionales para aplicar este tipo de intervención son menores en situación de calle, adolescentes con padres farmacodependientes, niños y jóvenes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), adolescentes con Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) y Trastorno Disocial (TD).

Estudios han demostrado que la etapa de la adolescencia es la de mayor riesgo para iniciar el consumo de drogas, por lo que toda intervención dirigida a adolescentes estará enmarcada dentro de la prevención selectiva (Guitart *et al.*, 2012; Lorenzo *et al.*, 2009). La vulnerabilidad para iniciar el consumo de drogas en la adolescencia parte de un enfoque psicosocial que identifica los riesgos, inherentes a la etapa del desarrollo, así como la influencia sociocultural (CIJ, 2009).

Debido a la complejidad de la población objetivo, las intervenciones de prevención selectiva requieren de personal calificado, se desarrollan en periodos largos y son más costosas, pero pueden ofrecer mayores beneficios. Ejemplos de este tipo de intervenciones son aquellas que se centran en el desarrollo de habilidades de rechazo de la droga, intervenciones psicoeducativas para jóvenes con TDAH y jóvenes en situación de calle, desarrollo de autocontrol y aumento de autoeficacia para resistir el consumo de drogas (CIJ, 2009).

La *prevención indicada* está dirigida a la población con consumo actual o ha abusado de alguna sustancia psicoactiva y su objetivo es la abstinencia o reducción del consumo. Es necesario realizar un diagnóstico para seleccionar a los candidatos a este tipo de intervención y descartar a los jóvenes que tengan una dependencia grave a la droga, lo cual es detectado por medio de diferentes instrumentos. Algunos modelos de este tipo de prevención son la consejería y las intervenciones breves. Estas intervenciones se han investigado con más profundidad y se han analizado los componentes que pudieran mejorar sus resultados (Salazar, Martínez y Casarrubias, 2009)

Para llevar a cabo este tipo de intervención se requiere de personal especializado con entrenamiento clínico; la mayoría de estas intervenciones se han sometido a evaluaciones con evidencia empírica para comprobar su eficacia, así

es el caso del Programa de Intervención Breve para Adolescentes (PIBA; Martínez *et al.*, 2010;) y el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC; Oropeza, Medina-Mora y Sánchez, 2007).

Otra categoría para clasificar la prevención del consumo de drogas es según el ámbito en que se realiza, pudiendo ser el escolar, familiar, trabajo, comunidad, espacios de recreación, entre otros. Existen intervenciones que impactan en uno, dos o tres de estos contextos. Aquellas que trabajan en al menos dos ámbitos suelen tener mayor probabilidad de éxito (Catalano *et al.*, 2004).

Existe una intervención de prevención que trabaja tanto con adolescentes, padres y docentes (CIJ, 2015). Esta consta de tres sesiones con alumnos y se enfoca en el desarrollo de habilidades de empatía, manejo de la ira y autocontrol. El módulo con los padres es de una sesión donde se les enseña a identificar conductas impulsivas y su relación con el consumo de drogas.

Otro ejemplo es una intervención que se ha desarrollado para padres (Garnica, Robles, Sánchez y Juárez, 2013) la cual puede ser compatible con otras intervenciones breves como el PIBA (Martínez, Pedroza, Salazar y Vacio, 2010), esta enfocadas en enseñar a los padres técnicas de manejo conductual para ayudar a reducir conflictos con los adolescentes y mantener un ambiente familiar agradable, donde las reglas sean claras y que de esta manera, se pueda reducir el riesgo de consumir drogas.

Es importante distinguir las diferencias entre los tipos de prevención para la planeación y diseño de intervenciones, ya que según sea el tipo de prevención y el ámbito en el que se desarrollen, deben considerarse aspectos tanto teóricos como metodológicos.

TEORÍAS PARA EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES PREVENTIVAS

Otro de los avances en la prevención de las adicciones ha sido el desarrollo de referentes teóricos que otorgan soporte epistemológico a las intervenciones preventivas, los cuales son fundamentales para su desarrollo. La prevención basada en una teoría sólida, con apoyo empírico, permite diseñar intervenciones con componentes coherentes y con la posibilidad de ser evaluadas. La teoría se desarrolla desde el marco conceptual de la etiología del consumo de drogas, así como de enfoques psicológicos los cuales deben ser una guía rectora del desarrollo de las intervenciones preventivas (Becoña, 2002).

Becoña (1999) muestra un panorama general de los modelos teóricos, relacionados con la prevención de las adicciones, clasificándolos de la siguiente forma:

Las *teorías parciales o basadas en pocos componentes* son aquéllas que se caracterizan por utilizar explicaciones, considerando sólo uno o pocos aspectos de la complejidad del fenómeno. Dentro de estos modelos explicativos se puede mencionar a los *biologicistas*; ésta es una perspectiva que parte de los estudios del cerebro en torno al sistema de recompensa y los efectos que los neurotransmisores tienen en la conducta (Verdejo y Tirapu, 2011). *Los modelos de creencias de salud* estudian la percepción individual de la vulnerabilidad percibida, así como los efectos de estas creencias en el desarrollo de conductas de riesgo o protección (Becoña, 1999). Por otro lado, *la teoría de la acción razonada* trata de predecir la intención conductual de consumo de drogas desde las actitudes personales y las normas subjetivas en el entorno social (Rodríguez *et al.*, 2011).

Las *teorías de estadios y evolutivas* se caracterizan por su enfoque en el desarrollo de las personas, considerando la madurez y su relación con el inicio del consumo de drogas. La *teoría evolutiva* de Kandel habla de la secuencia de consumo de drogas legales a drogas ilegales; para este autor, la familia y los iguales son influencias básicas que se relacionan con el consumo o no de las drogas (Becoña, 1999). La *teoría de etapas de cambio* de Prochaska y Di-Clemente hace referencia a estadios por los cuales las personas deben pasar para lograr el abandono de la sustancia; éstas son la precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Miller y Rollnick, 2012). La *teoría de la maduración sobre el consumo de drogas* refiere que conforme las personas aumentan en edad, se va observando un menor consumo de drogas, lo que ha sido explicado como un proceso de madurez respecto al uso de sustancias que se da en los adultos jóvenes; al parecer a mayor edad, mayor capacidad de autorregulación y eficacia (Labouvie, 1996).

Las *teorías integrativas y comprensivas* explican la conducta de consumo mediante la integración de diferentes componentes y de diversas teorías, con coherencia epistemológica. La *teoría cognitivo social* es una de las más importantes y de las más utilizadas en el campo de las adicciones; los conceptos de autoeficacia y determinismo recíproco son centrales en esta teoría, ya que explican la adquisición, cambio y mantenimiento de una conducta (Bandura, 1999). La *teoría de la influencia triádica* propone que la causa de las conductas se explica desde las influencias culturales y ambientales, que afectan a la ac-

titud; la influencia social, que repercute en las creencias sociales normativas; y la influencia intrapersonal, que conduce a la autoeficacia (Becoña, 1999).

La manera de comprender el fenómeno adictivo tiene repercusiones en los diseños de intervenciones preventivas, por esta razón la teoría debe ser seleccionada en función de los objetivos de la intervención, así como de las variables dependientes en las que se pretende influir. Es importante considerar que los componentes de las intervenciones deben ser congruentes con la teoría que la sustenta, por lo que no es recomendable mezclar teorías que son epistemológicamente incompatibles. Como ya se mencionó, se han desarrollado una gran cantidad de teorías que dan explicación del inicio y mantenimiento del consumo de drogas, por lo que una buena revisión de la literatura nos guiará en la tarea de elegir la teoría con mayor evidencia de eficacia y más acorde a los propósitos de la intervención.

ESTÁNDARES EN LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES

En la actualidad se cuenta con estándares fijados por organismos internacionales como el NIDA y la UNODC, con base en la evidencia científica. Estos estándares se refieren a las condiciones mínimas que se recomiendan para que las intervenciones preventivas sean eficaces; asimismo, en las revisiones realizadas por expertos se han descrito características comunes de este tipo de intervenciones, asociadas a resultados sin eficacia y con eficacia, que se deben considerar al momento de diseñar intervenciones preventivas.

Estas son algunas características que tienen en común las intervenciones que han mostrado resultados sin eficacia:

- Utilizan métodos no interactivos, sólo conferencias.
- Incluyen sesiones de diálogos no estructurados.
- Se centran en la autoestima y educación emocional.
- Abordan la toma de decisiones con base en la moral, la ética o los valores.
- Utilizan testimonios de ex consumidores de drogas.
- Participan policías como agentes de cambio, quienes realizan la intervención.

En este mismo orden de ideas se presentan las características comunes que tienen las intervenciones que ofrecen resultados eficaces:

- Utilizan métodos interactivos, es decir, actividades donde los adolescentes tengan una participación activa.
- Están organizadas en sesiones estructuradas, una vez por semana.
- Incluyen sesiones de refuerzo durante años.
- Son impartidas por facilitadores capacitados.
- Proporcionan la oportunidad para practicar y aprender una amplia gama de habilidades, personales y sociales, en especial la toma de decisiones y habilidades de afrontamiento.
- Promueven en los adolescentes la percepción del impacto de los riesgos asociados con el uso de drogas, destacando las consecuencias inmediatas.
- Modifican los conceptos erróneos acerca de la naturaleza normativa y las expectativas relacionadas con el uso de drogas.
- Se trabaja tanto con los adolescentes como con los padres de los adolescentes.

Por otro lado, y como lo indica la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, toda intervención preventiva deberá: 1) Contar con un marco teórico y metodológico, 2) Basarse en un diagnóstico, 3) Contar con un sistema de seguimiento y evaluación, 4) Impartirse por personal calificado, 5) Considerar sobre todo a la población juvenil.

Tanto la Norma Oficial Mexicana como los estándares de la UNODC y el NIDA marcan una pauta clara sobre qué es importante incluir en el diseño de las intervenciones preventivas. Incluir estos estándares de prevención aumentará la probabilidad de que la intervención tenga resultados satisfactorios.

DESARROLLO DE DOS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN SELECTIVA

Con base en la revisión de la literatura y los resultados de un estudio exploratorio de tipo cualitativo realizado a profesionales expertos sobre programas preventivos en adicciones, se desarrollaron dos intervenciones de prevención selectiva: la Intervención Preventiva para Estudiantes Adolescentes en Riesgo (IPEA-R) y la Intervención Mínima para Padres de Adolescentes en Riesgo (IMPA-R). Ambas están fundamentadas en la teoría cognitivo social, la teoría cognitiva y la conductual. También se consideraron las recomendaciones que realiza la UNODC (2015) en torno a los estándares internacionales para la prevención del uso de drogas.

Una vez que se diseñaron las intervenciones y se realizaron las cartas descriptivas de cada una de las sesiones, se sometió a un proceso de jueceo, donde colaboraron como jueces cinco investigadores con experiencia en la prevención de las adicciones, quienes revisaron y evaluaron las cartas descriptivas y los folletos de trabajo de las dos intervenciones. Para ello se diseñó un formato de Jueceo de Expertos de la Intervención Preventiva para Estudiantes Adolescentes en Riesgo (IPEA-R) y el formato de Jueceo de la Intervención Mínima para Padres de Adolescentes en Riesgo (IMPA-R), donde se le solicitó a cada participante, especialista en la materia, que calificara del 1 (totalmente inadecuado) al 5 (totalmente adecuado) los siguientes aspectos de cada sesión:

- Qué tan claro es el objetivo de la sesión.
- Qué tan apropiadas son las actividades propuestas para la sesión.
- Qué tan congruentes son las tareas solicitadas a los participantes.

Finalmente, en los formatos de jueceo se incluyeron espacios en blanco para que los jueces expertos realizaran observaciones cualitativas de cada sección de las sesiones.

A partir analizar de la información obtenida a través de los expertos en torno a los objetivos, la estructura, el contenido y la distribución del tiempo de las sesiones, se modificaron algunos aspectos de las dos intervenciones preventivas. Después se diseñaron los folletos de trabajo y finalmente se pilotearon las intervenciones.

Después se diseñaron los ocho folletos de trabajo para la IPEA-R, los cuales se pilotearon con ocho adolescentes, revisando que fueran capaces de entender el contenido de cada tema, que los ejercicios y tareas fueran claros y que lograra captar su atención. De este piloteo surgió la necesidad de utilizar un lenguaje menos técnico y tareas más simples. Además, los folletos fueron revisados por tres investigadores expertos en el tema de las adicciones, logrando que las sesiones y el orden de los tópicos tuvieran una secuencia congruente y apegada al marco teórico que fundamenta la intervención. Se realizaron modificaciones de acuerdo a las observaciones y sugerencias de los jóvenes y de los expertos. De lo anterior, también surgió la necesidad de solicitar los servicios de una diseñadora gráfica para que diera a los folletos una imagen más atractiva para los adolescentes (Véase figura 1 y 2).

FIGURA 1
Portada y contraportada del folleto 4



Fuente: elaboración propia.

FIGURA 2
Interior del folleto 3

IPEA-R Auto-Control

¿Qué tan confiado te sientes de mantenerte sin consumir drogas?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada confiado
Muy confiado

EN RESUMEN

Las conductas impulsivas tienen consecuencias negativas y pueden afectar tus relaciones interpersonales.

Recuerda siempre pensar, esperar, esperar y actuar.

Para evitar el consumo de drogas debes desarrollar la capacidad de auto-control.

Tener autocontrol fortalece tu cerebro.



¿Qué le contarás sobre esta sesión a tu mejor amigo (a)?



Pag. 6

IPEA-R Auto-Control

Las consecuencias de actuar impulsivamente dependen del tipo de conducta.

Alto

Piensa

Actúa

Menciona ejemplos de conductas impulsivas de riesgo que hayas realizado y sus consecuencias:

Conducta impulsiva	Consecuencia
1.	1.
2.	2.

¿Cómo desarrollar el auto-control?

Primero tenemos que identificar la conducta de la que deseamos tener mayor control. Algunos ejemplos son: responder impulsivamente, enojarse, consumir comida chatarra, fumar, gritar, pelear, aceptar la invitación de amigos a beber, etc.

Pag. 3

Fuente: elaboración propia.

Ya con los folletos de trabajo, se pilotearon las intervenciones y finalmente se obtuvo la versión final para su aplicación a los participantes seleccionados.

Por otro lado, se diseñaron cuatro folletos de trabajo para la IMPA-R, los cuales fueron revisados por tres investigadores expertos en el tema de las adicciones. Se realizaron modificaciones considerando las observaciones y sugerencias de los expertos. De lo anterior también surgió la necesidad de solicitar los servicios de una diseñadora gráfica para que diera a los folletos una imagen más atractiva para los padres (Véase figura 3).

FIGURA 3
Portada y contraportada del folleto 1



Fuente: elaboración propia.

La IPEA-R y la IMPA-R fueron desarrolladas considerando aquellos componentes de mayor relevancia según la literatura y la experiencia de profesionales expertos. Por otro lado, se consideró la aplicación de las intervenciones en dos ámbitos, es decir, se aplican en el contexto educativo y se trabaja tanto con estudiantes como con los padres dentro de la misma escuela, por lo que se consideran del ámbito escolar y familiar.

En la figura 4 se muestra el proceso del desarrollo de las dos intervenciones preventivas que se han elaborado y más adelante se menciona la estructura de cada intervención.

FIGURA 4

Proceso del desarrollo de las dos intervenciones preventivas



Fuente: elaboración propia.

DESCRIPCIÓN DE LA IPEA-R

La IPEA-R, es una intervención preventiva dirigida a estudiantes que inician la secundaria, la cual se aplica en el contexto escolar. El objetivo de la intervención es entrenar a estudiantes del primer grado de secundaria en habilidades para evitar el uso de drogas, a través del desarrollo de habilidades de auto-control, manejo de emociones, afrontamiento de las presiones sociales y la toma de decisiones, además de aumentar la autoeficacia y diseñar planes de acción para lograr la meta de no consumo de drogas.

La IPEA-R se compone de una sesión de evaluación, ocho tópicos a trabajar con los jóvenes y dos sesiones de seguimiento (véase figura 5). Sesiones semanales de 50 minutos de duración. Se sugiere que los grupos se conformen por un máximo de 15 estudiantes.

FIGURA 5
Esquema de la IPEA-R



Fuente: elaboración propia.

La intervención está conformada por tres etapas que se explican a continuación:

I. Evaluación e Inducción

Esta etapa se lleva a cabo en una sesión, cuyo objetivo es obtener información general de los participantes y la aplicación de la batería de instrumentos para la evaluación pre-test. También se realiza la inducción, donde se les explica a los participantes el objetivo de la intervención y la dinámica de trabajo. Finalmente,

los participantes y sus padres firman el consentimiento informado y la carta compromiso de participación.

II. Intervención

La intervención consta de ocho sesiones, en las cuales se pretende entrenar a los participantes en las habilidades

para evitar el uso de drogas, a través del desarrollo de auto-control, manejo de emociones, afrontamiento de las presiones sociales y la toma de decisiones, además de aumentar la autoeficacia.

Cada sesión de intervención está estructurada en tres partes, que se mencionan a continuación:

- Introducción
- Bienvenida y rapport (genera empatía)
- La agenda (organiza la sesión)
- ¿Recuerdas lo que hicimos la semana pasada? (refuerza lo aprendido)
- Desarrollo del tópico
- Tema (nuevo aprendizaje)
- ¿Y tú qué opinas? (genera reflexión)
- A la acción (práctica de las habilidades)
- Conclusión
- Resumen (repaso de lo aprendido)
- ¿Qué le contarás a tu mejor amigo sobre esta sesión? (aprendizajes significativos)
- Tarea y cierre de la sesión (generalización de las habilidades)

En cada una de las sesiones de intervención los participantes evalúan su estado de ánimo, identifican con qué recursos y con quiénes cuentan para lograr las metas, firman un compromiso de *no* consumo de drogas y escriben que tan confiados se sienten de lograr su meta.

III. Seguimiento

Una vez concluida la intervención se incluyen dos sesiones de seguimiento para valorar el mantenimiento de los cambios logrados; la primera se programa al mes y la segunda a los tres meses. En cada sesión se aplica la batería de instrumentos de evaluación y se trabaja con nuevos compromisos y planes de acción.

DESCRIPCIÓN DE LA IMPA-R

Los programas de prevención para evitar el consumo de drogas en adolescentes que están basados en la familia han demostrado tener eficacia, ya que los jóvenes adolescentes presentan menos problemas cuando los padres o cuidadores logran tener disciplina consistente, brindan apoyo y supervisión (NIDA, 2015).

El objetivo de la IMPA-R es entrenar a padres de adolescentes en habilidades básicas de crianza eficaz, a través de la promoción de conductas prosociales, disminución de conductas inadecuadas, el correcto manejo de contingencias, la capacidad de negociación, estrategias para mejorar el ambiente familiar por medio de una adecuada comunicación y una cercana supervisión de los hijos adolescentes, para lograr la meta de *no* consumo de drogas en esta etapa del desarrollo por la que cursan sus hijos.

La IMPA-R se compone de cuatro tópicos y dos sesiones de seguimiento (véase figura 6). Se imparte una sesión de 90 minutos cada dos semanas. Los grupos estarán conformados por un máximo de 20 participantes por cada interventor.

FIGURA 6.

Esquema de la IMPA-R



Fuente: elaboración propia.

Esta intervención se aplica paralelamente a la IPEA-R y está conformada por dos etapas que a continuación se explican:

I. Intervención

El objetivo de esta etapa es entrenar a los participantes en las habilidades de crianza eficaz, a través de la promoción de conductas pro sociales, disminución de conductas inadecuadas, el correcto manejo de contingencias, la capacidad de negociación, estrategias para mejorar el ambiente familiar por medio de una adecuada comunicación y una cercana supervisión de los hijos adolescentes. Cada sesión una está estructurada en tres partes:

- Introducción
- Bienvenida y rapport
- La agenda
- Repaso del tema anterior
- Desarrollo del tópico
- Tema
- A la práctica
- Conclusión
- Resumen
- Tarea y cierre de la sesión

II. Seguimiento

Una vez concluida la intervención se realizan dos sesiones de seguimiento para valorar el mantenimiento de los cambios logrados; la primera al mes y la segunda a los tres meses. En cada sesión se aplican los instrumentos de evaluación y se trabajan con nuevos compromisos conductuales.

En cada una de las sesiones los padres pueden elegir entre un abanico de conductas promotoras de habilidades para una crianza eficaz, para que puedan desarrollar durante las dos semanas entre una sesión y otra.

CONCLUSIONES

Las intervenciones preventivas que se desarrollaron abordan los tópicos más relacionados con el inicio del consumo de drogas: aumento de la percepción de riesgo, análisis de consecuencias, autocontrol, manejo de emociones, modificación de pensamientos y toma de decisiones en los adolescentes; y en los padres generar

conductas prosociales, mejorar la comunicación familiar y monitoreo parental (Lorenzo et al., 2009; Becoña, 2002).

A diferencia de otras intervenciones la IPEA-R y la IMPA-R, no se constituyen por sesiones informativas, sino que se centran en el desarrollo de habilidades. Además la cantidad de sesiones permite trabajar con los adolescentes en diversos tópicos, como la identificación y modificación de pensamientos que podrían propiciar el inicio del consumo de drogas.

Por su otro lado, en el diseño de intervenciones dirigidas a padres debe considerarse que un posible obstáculo es la poca participación de los padres, la cual fue referida por los profesionales en el estudio exploratorio (Valadez, Oropeza, Salazar y Martínez, 2018). En ese sentido la IMPA-R se diseñó para trabajar los tópicos en cuatro sesiones.

Las intervenciones preventivas ya sean de tipo universal, selectiva o indicada, han sido creadas de diferentes maneras y desde diversos ámbitos. En la actualidad el fenómeno de las adicciones es creciente pero también su comprensión, por lo que tenemos la posibilidad de desarrollar intervenciones con componentes dirigidos al desarrollo de habilidades específicas para evitar el consumo de drogas.

Un elemento esencial en el desarrollo de intervenciones preventivas es que puedan ser evaluadas empíricamente. En un documento donde se mostraron avances en relación a la prevención del consumo de drogas en México, se analizaron 14 programas preventivos y se reportó que de estos sólo cinco realizan evaluaciones de resultados que dan cuenta de la eficacia de la intervención (Castro, Llanes, Amador, Villatoro y Medina-Mora, 2015).

Es importante que las intervenciones preventivas cuenten con protocolos claros y sistemáticos para que puedan ser evaluados con facilidad. La IPEA-R y la IMPA-R fueron desarrolladas cuidando que las variables en estudio puedan ser medidas con instrumentos validados y confiables.

El desarrollo de intervenciones preventivas para evitar el consumo de drogas es un proceso complejo. Tiene que realizarse una exhaustiva búsqueda de información en base de datos para tener un estado del arte actual. También se debe tener un soporte teórico y epistemológico que sustente coherentemente las actividades de las intervenciones. Es importante incluir en el proceso de desarrollo a otras voces, como profesionales de la salud, docentes, padres de familia y principalmente los jóvenes. Además, es importante apegarse a los estándares internacionales, ya que nos indican una pauta sobre lo que es recomendable hacer para lograr mayor eficacia. Finalmente deben ser sistemáticas y con la posibilidad de evaluar su eficacia, para así conocer los componentes de las intervenciones que

tiene injerencia directa con el cambio de alguna conducta, actitud o emoción relacionada con los factores de proteger a los jóvenes del consumo de drogas.

FUENTES CONSULTADAS

- Bandura, A. (1999), *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*, España, Desclée de Brouwer.
- Becoña, E. (1999), *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*, España, Ministerio del Interior/Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- (2002), *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. España, Ministerio del Interior/Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Caplan, G. (1980), *Principios de psiquiatría preventiva*, Argentina, Paidós.
- Castro, M.E. et al., (2015), “La prevención del consumo de drogas en México”, en A. Pérez, J. Mejía y E. Becoña (eds.) (2015), *De la prevención y otras historias: historia y evolución de la prevención del consumo de alcohol y drogas en América Latina y en Europa*, Bogotá, California-Edit.
- Catalano, R.F. et al. (2004), “Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs”, *The annals of the American academy of political and social science*, vol. 591, núm. 1, pp. 98-124.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2009), *De la prevención universal a la prevención selectiva*, México, Promoción Institucional.
- (2015), *Competencias prosociales y autocontrol en la adolescencia*, México, Promoción Institucional.
- Garnica, G. et al., (2013), “Mejoramiento de contingencias parentales y reducción de problemas conductuales en adolescentes”, *Psicología Iberoamericana*, vol. 21, núm. 1, pp. 79-87.
- Guitart, A.M. et al., (2012), “Prevención indicada del consumo problemático de drogas en adolescentes de Barcelona”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 87, núm. 2, pp. 189-198.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/Instituto Nacional de Salud Pública/Comisión Nacional Contra las Adicciones/Secretaría de Salud (2017a), *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco*, México, INPRFM.
- (2017b), *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*, México, INPRFM.

- (2017c), *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*, México, INPRFM.
- Labouvie, E. (1996), “Maturing out of substance use: Selection and self-correction”, *Journal of Drug Issues*, vol. 26, núm. 2, pp. 457-476.
- Lorenzo, P. *et al.*, (2009), *Drogo dependencias*, Madrid, Panamericana.
- Martínez, K.I. *et al.*, (2010), “Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes”, *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, vol. 36, núm. 3, pp. 35-53.
- Mexicana, N. O. NOM-028-SSA2-2009, *Para la prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*, México, Secretaría de Salud.
- Miller, W., y S. Rollnick (2012), *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*, España, Paidós.
- National Institute of Drug Abuse (2008), *Cómo prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes: una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*, EUA, National Institute of Health.
- (2015), *Family Checkup-Positive Parenting Prevents Drug Abuse*, EUA, NIH Publication.
- Oropeza, R., M.E. Medina-Mora y J.J. Sánchez (2007), “Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína”, *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 24, núm. 2, pp. 219-231.
- Rodríguez, S. *et al.* (2011), “Evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas para adolescentes”, *Salud Mental*, vol. 34, núm. 1, pp. 27-35.
- Salazar, M.L., K. Martínez y V. Casarrubias (2009), “Evaluación de un componente de inducción al tratamiento con adolescentes usuarios de alcohol del Distrito Federal”, *Salud Mental*, vol. 32, núm. 6, pp. 469-477.
- Society for Prevention Research (2011), *Standards of knowledge for the science of prevention*, EUA, Society for Prevention Research.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2015), *International standards on drug use prevention*, Austria, United Nations publication.
- Verdejo, A. y J. Tirapu (2011), “Modelos Neuropsicológicos de adicción”, en E.J. Pedrero (ed.), *Neurociencia y adicción*, España, Sociedad Española de Toxicomanías, pp. 47-65.

LA PSICOONCOLOGÍA, UNA DISCIPLINA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS CON CÁNCER. APLICACIONES ACTUALES EN MÉXICO Y DESAFÍOS FUTUROS

*Flor Esmeralda Larios-Jiménez; Roberto Montes-Delgado;
Fabiola González-Betanzos*

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema de salud pública que afecta a un alto porcentaje de la población en edad productiva. En términos epidemiológicos, según el último informe elaborado por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta enfermedad es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Sólo en el año 2012 hubo aproximadamente 14 millones de nuevos casos y 8.2 millones de muertes relacionadas. Se prevé que los casos anuales se incrementarán de 14 a 22 millones en las próximas dos décadas (Stewart y Wild, 2014).

Existen creencias culturales sobre este padecimiento, en donde la palabra “cáncer” está asociada a la muerte, la mutilación, al dolor y a la pérdida (DieTrillo, 2000).

Tomando en cuenta estas manifestaciones en la población afectada por el cáncer y con el objetivo de apoyar el cuidado psicosocial en el paciente oncológico surgió la psicooncología como una intersección entre la psicología y la oncología (Cruzado, 2003), aunque hablar de psicooncología resulta un importante desafío, dado que al ser un campo de aplicación relativamente joven implica mucho más que el diálogo constructivo y la conjunción armónica de dos disciplinas.

La necesidad de un abordaje integral en las personas afectadas por el cáncer demanda intervenciones profesionales de psicólogos que se especializan para evaluar, detectar y atender las condiciones psicosociales expresadas por los pacientes, familiares y el equipo de salud que brinda la atención y el soporte.

En este sentido, resulta fundamental un plan de formación profesional del psicooncólogo que contemple las estrategias adecuadas para el desarrollo de competencias que respondan a las necesidades de la población afectada por el cancer,

en un contexto y momento histórico determinado que permea en las instituciones de detección y atención.

HISTORIA DE LA PSICOONCOLOGÍA COMO RAMA DISCIPLINAR DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Ascencio y García (2011) referen que la necesidad de integración de la dualidad mente-cuerpo bajo el enfoque biopsicosocial y el reconocimiento de los aportes de la psicología de la salud han provocado una especialización de la disciplina y su incorporación dentro de otras, como en este caso, la oncología. De este modo, surge la psicooncología, que persigue como meta central apoyar el cuidado psicosocial del paciente oncológico, así como el estudio científico de los factores asociados a la experiencia oncológica (Greer, 1994).

Se plantea como uno de los objetivos de la psicooncología el colaborar con el tratamiento médico-oncológico y el manejo de las variables psicosociales que afectan tanto a la persona con diagnóstico de cáncer como a sus familiares y cuidadores (Almanza y Holland, 2000).

La aparición formal de la psicooncología tiene su reconocimiento regularmente en la década de los años setenta, en la medida en que comienzan a derrumbarse ciertas barreras actitudinales. Por ejemplo, se inicia a hablar del cáncer y sus implicaciones en la vida de las personas, cuestiones que antes se evitaban para no aumentar el sufrimiento de los pacientes y sus allegados, ya que el cáncer estaba asociado inevitablemente con la muerte, en este sentido se derrumbaron prejuicios y estigmas asociados al cáncer (Holland, 2002).

Por otro lado, se expandió el reconocimiento de las variables psicosociales en el desarrollo de las enfermedades bajo la conceptualización biopsicosocial de Engel (1977). En la década de los setenta se sumaron una serie de avances científicos en la medicina que permitieron ver al cáncer con un mejor pronóstico, por lo cual ya no se le considera como una enfermedad irremediamente mortal (Rivero *et al.*, 2008).

A pesar de que se refiera en los textos el surgimiento formal de la psicooncología en los años setenta, existe evidencia en Norteamérica de tratamientos desde lo que más tarde se llamaría psicooncología, realizados en la década de los cincuenta y sesenta, donde múltiples estudios e investigaciones comenzaron a dirigir sus focos y métodos hacia este tema, aunque aún de manera indirecta (Holland, 2002).

En 1977, la médico psiquiatra Jimmie Holland se hizo cargo del Servicio de Psiquiatría del Centro de Cáncer Memorial Sloan-Kettering (CCMSK por sus siglas en

inglés); bajo su dirección se comenzaron a hacer las primeras investigaciones sobre el cáncer y los efectos emocionales que provoca en las personas, de esta manera fueron desarrolladas teorías que fundamentan la psicooncología (Almanza y Holland, 2000). En la actualidad se le reconoce como una pionera en el área a nivel internacional.

Hasta fines de los años setenta los psicólogos aparecían relegados al papel de meros colaboradores en la atención del paciente oncológico, ya que el abordaje terapéutico era dominado por médicos y psiquiatras que incorporaban los estudios de aspectos biológicos del cáncer a la investigación psicológica y sus interacciones (Dura e Ibáñez, 2000). Es hasta la década de los ochenta en que las variables psicosociales despiertan el interés de los psicólogos asumiendo un mayor protagonismo en la investigación y desarrollo en este campo.

Por lo tanto, en esta época la psicooncología fue considerada una rama de la psicología y se funda en 1984 la International Psychooncology Society (IPOS por sus siglas en inglés).

En los años noventa, en Estados Unidos aparecieron los primeros manuales en psicooncología y algunos modelos de investigación sobre calidad de vida, por ejemplo el modelo psicosocial y oncología (Holland, 2010).

Además, desde Europa se empezó a develar la necesidad de contar con mecanismos que explicaran desde lo teórico las relaciones observadas entre las variables psicológicas y el cáncer, y desde lo práctico la necesidad de contar con modelos eficaces de intervención psicológica para personas con diagnóstico oncológico (Dura e Ibáñez, 2000).

Actualmente en el siglo XXI se cuenta con manuales que poseen un robusto sustento psicológico, con miradas y énfasis diversos, análisis, interpretaciones y propuestas de intervención que aportan en el ámbito de la psicooncología; así como medios de difusión de los avances científicos en materia de investigación psicooncológica como la revista española Psicooncología (Cruzado, 2013).

Además, a nivel local, en México se ha trabajado en el desarrollo y publicación de otros tipos de manuales que van dirigidos a la formación de competencias para atender necesidades emocionales de poblaciones específicas como el *Manual de acompañamiento emocional a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama* (Calzada et al., 2016).

Este manual se escribió y publicó en seguimiento a la normativa nacional para la atención de mujeres con cáncer de mama (*Diario Oficial de la Federación*, 2011), la cual resalta la importancia de brindar una atención integral para su tratamiento y rehabilitación sustentando la necesidad de abordar los aspectos psicológicos, emocionales e informativos de esta población de mujeres afectadas por el cáncer, a través de los recursos de consejería y acompañamiento emocional.

LA PSICOONCOLOGÍA, UNA DISCIPLINA
DE RECIENTE CREACIÓN EN MÉXICO

Desde hace más de 50 años se ha visto la integración del psicólogo y el psiquiatra en el equipo de salud que atiende a la población afectada por el cáncer. En México, desde 1980, con la gestión del doctor Juan Ignacio Romero Romo, médico psiquiatra reconocido como iniciador de la psicooncología mexicana, se dieron los primeros pasos en el Instituto Nacional de Cancerología de México.

Con el apoyo del equipo de salud, entre ellos médicos oncólogos, cirujanos oncólogos, radioterapeutas, paliativistas, psiquiatras y psicólogos, se empezaron a fusionar objetivos de un trabajo integral. En 1987 se fundó la Sociedad Mexicana de Psicooncología A.C. (SMPO, A.C.) y en 1988 se dio inicio a la primera generación de la especialidad de psicooncología con duración de tres años, con sede en el Instituto Nacional de Cancerología.

Finalmente, en 2003 se estableció el comité de psicooncología en la Sociedad Mexicana de Oncología bajo la presidencia del doctor Francisco Javier Ochoa Carriño; desde entonces se permite mayor participación y trabajo conjunto entre las instituciones, por lo tanto el compromiso es mayor y cada vez más fructífero en beneficio de las personas afectadas por esta patología (Alvarado, Genovés y Zapata, 2009).

Anteriormente se mencionó la normativa mexicana para la atención de mujeres con cáncer de mama que fue publicada en el año 2011 en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF), la cual destaca la importancia de brindar una atención integral para esta población de mujeres afectadas por el cáncer a través de los recursos de consejería y acompañamiento emocional.

La fracción 6.4 de la Norma Oficial Mexicana para el cáncer de mama versa así: “La consejería y el acompañamiento emocional tienen por propósito orientar la toma de decisiones informada, favorecer el apego al tratamiento, el empoderamiento de pacientes y mejorar la calidad de vida”. Con base en estos lineamientos se desarrolló el manual de acompañamiento emocional a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, como producto de la colaboración entre la Universidad de Guadalajara del estado de Jalisco y el Instituto Nacional de las Mujeres.

Con el apoyo de este material las personas que trabajan con mujeres con cáncer de mama pueden certificarse bajo el estándar de competencia “EC0263A- acompañamiento emocional a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama” avalado por el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER).

El Manual de Acompañamiento Emocional a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, estructura de manera sistemática el acompañamiento emocional

como uno de los recursos de un programa de apoyo psicosocial con un modelo psicoeducativo. Dicho programa opera desde el año 2012 en hospitales de alta concentración con el objetivo de ofrecer atención integral a pacientes y familiares afectados por el cáncer. Respecto a este programa denominado “Programa de navegación para ayuda de pacientes oncológicos y sus familiares” se profundizará en el apartado correspondiente de este capítulo.

Ante el panorama epidemiológico actual del cáncer en el mundo, es importante destacar que en la vida moderna los problemas de salud se presentan de forma multifactorial, razón por la cual se exige trabajar de manera transdisciplinaria para lograr una mayor comprensión de la naturaleza del problema oncológico, con el objetivo de fortalecer la detección y tratamiento de esta desafiante enfermedad.

En este sentido, la psicooncología como subespecialidad de la psicología de la salud puede implementar diversos recursos de las ciencias de la conducta que faciliten la modificación de pensamientos, actitudes, creencias y comportamientos con el fin de favorecer un adecuado afrontamiento a la enfermedad y las circunstancias derivadas del cáncer en sus vidas; adecuado apego al tratamiento; mejora en la calidad de vida; mayor conocimiento sobre la enfermedad y los servicios hospitalarios, entre otros.

La psicooncología como una disciplina nueva en México ha tenido avances importantes, sin embargo, aún hacen falta esfuerzos colegiados que permitan impulsar y extender sus beneficios a un mayor porcentaje de la población mexicana afectada por el cáncer.

Para lograr este desarrollo es importante potenciar diversos esfuerzos: el trabajo individual, el trabajo de grupos, y el de las instituciones de salud y educación como son las universidades. En este sentido, como refiere Méndez (2006), “esta nueva actividad requiere de formación profesional, conocimiento, sensibilidad y experiencia en el campo; para evitar a los psicoterapeutas que no tienen una formación profesional y que lleguen a ocupar un lugar inadecuado en el manejo de este problema de salud nacional”, además de que esto puede reforzar la falsa creencia que se tiene de la psicología en la población general, con inadecuada información sobre la disciplina. Es por ello que quien se forme en psicooncología sea realmente un profesional de calidad y con un alto nivel de humanismo.

En esta dirección uno de los desafíos más importantes en el país es la adecuada formación del personal de la psicología que desea especializarse en la psicooncología para ofrecer servicios profesionales de calidad a la población en general.

LA FORMACIÓN EN PSICOONCOLOGÍA
A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL

Al ser la psicooncología una disciplina joven se pueden observar algunos esfuerzos nacionales e internacionales para definir y consolidar sus ámbitos de acción, así como voluntades en el proceso formativo dirigido a preparar al personal de la psicología para su trabajo con la población de pacientes afectados por el cáncer y sus familiares.

En España, la aplicación e investigación psicológica del cáncer se inició aproximadamente hace 30 años y ha alcanzado un notable desarrollo (Cruzado, 2013). En el año 1996 se fundó la primera unidad de psicooncología en el hospital Gregorio Marañón, dirigido por la psicóloga María Die-Trill.

Por su parte, la Universidad Complutense de Madrid ha tenido un papel importante en el impulso formativo de la psicooncología ofertando el Magíster en psicooncología. Sus acciones parten de que un sistema sanitario satisfactorio ha de tener tres objetivos: el primero es la promoción de la salud y la prevención, el segundo la curación de las enfermedades o su control como condiciones crónicas y el tercero el alivio del sufrimiento, la optimización de la calidad de vida y la adaptación y rehabilitación psicológica y social de los pacientes.

La atención adecuada de las personas con cáncer, y de cualquier otra enfermedad, requiere una aproximación integral en la que se tengan en cuenta no sólo los aspectos biológicos o físicos, sino también los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

En España, la estrategia para enfrentar el cáncer del Sistema Nacional de Salud (2010) hace un reconocimiento explícito de esta conceptualización en su objetivo 27, donde explica que “Se debe proporcionar atención psicológica y social a las personas enfermas de cáncer y sus familiares, según sus necesidades, con base a la evidencia científica disponible sobre la efectividad de las intervenciones”.

Estas regulaciones han dado estructura al plan académico formativo de las competencias del psicooncólogo en ese país. Cruzado (2016) propone una serie de consideraciones para la formación y desarrollo de estas capacidades tomando en cuenta que el desarrollo de la psicooncología se ha visto impulsado por las aportaciones de la psicología y diversas disciplinas afines, por ejemplo, el desarrollo de la psicología de la salud, que aporta modelos biopsicosociales, métodos de evaluación e intervención psicológica en el área de la salud y enfermedad.

Por otra parte, el avance en el estudio del estrés y las emociones, de las terapias cognitivo-conductuales, de la atención plena (*mindfulness*), compasión, autocompasión y espiritualidad en el cáncer y cuidados paliativos. Además, la in-

vestigación en psiconeuroinmunología, que estudia la interacción entre procesos psicológicos, la inmunología y el sistema neuroendocrino.

Estos trabajos de investigación han mostrado la eficacia del tratamiento psicológico para mejorar la calidad de vida, disminuir las reacciones adversas de estrés, ansiedad y depresión, así como mejorar la adaptación de los pacientes de cáncer y sus familiares. Además de mostrar eficiencia en las intervenciones psicológicas con el personal médico para reducir el síndrome de burnout y fatiga por compasión, aumentando la calidad en la interacción médico-paciente.

En este sentido, Cruzado (2016) considera la psicooncología como un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como para mejorar las competencias comunicativas, y de interacción de los profesionales de la salud, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad.

Los objetivos de la psicooncología van desde la intervención aplicada al paciente, las familias y el personal sanitario, hasta la prevención e investigación de la influencia de factores psicológicos relevantes en el proceso oncológico, e incluyen la optimización de la mejora del sistema de atención sanitaria. El psicooncólogo es tanto un profesional aplicado como un investigador de base en un campo especializado, en continua evolución y desarrollo.

De acuerdo a los planteamientos de Cruzado (2016), la psicooncología cubre cuatro grandes áreas: la *asistencia clínica* al paciente y sus familiares para mejorar la adaptación y calidad de vida ante el diagnóstico, tratamiento médico, revisiones, cuidados paliativos y duelo; la *docencia* para la formación en habilidades de comunicación, manejo de situaciones de crisis y estresantes en la interacción con el enfermo; la *prevención* a través de programas adecuados de educación para la salud, aprendizaje de hábitos saludables preventivos del cáncer, conductas de detección precoz, apoyo e intervención en consejo genético; la *investigación* en aspectos comportamentales y sociales que están presentes en la patología del cáncer, sus tratamientos o el sistema de atención.

Por lo anterior, algunas competencias que debe adquirir el psicooncólogo son descritas a continuación; es fundamental tener conocimiento del rol del psicólogo en el tratamiento de la persona con cáncer y las necesidades emocionales derivadas de su condición de salud desde una perspectiva biopsicosocial:

Desarrollo de habilidades para la evaluación psicológica y de calidad de vida con el objetivo de identificar campos donde es necesario generar conocimiento científico a través de la investigación, que permita aterrizar acciones que favorezcan a la población afectada por el cáncer; además del desarrollo de habilidades

para el trabajo en equipos multidisciplinarios, implementando habilidades de comunicación efectiva que permitan un adecuado trabajo colaborativo para ofrecer alternativas de atención a pacientes y sus familiares.

La formación en psicooncología en España es de posgrado, por lo que resultan necesarios cursos especializados para licenciados o graduados en psicología, con una formación previa en evaluación e intervención psicológica en el campo de la psicología de la salud; además es necesaria una actitud vocacional para el trabajo en atención a las múltiples necesidades manifestadas por las personas afectadas por el cáncer, sus familiares y el equipo de salud que brinda la asistencia.

Por su parte, en México, Ascencio y García (2011) describieron el programa de formación en psicooncología basado en el Modelo Fundacional (MFU) en el servicio de oncología del hospital de Alta Especialidad Hospital Juárez de México. Dicho programa se ofrece desde el año 2007 dentro de las actividades que realiza la Clínica de Psicooncología y Cuidados paliativos a través de la Unidad de Psicooncología.

El MFU está basado en la incorporación del psicooncólogo dentro de las unidades de oncología, con el propósito de integrar a un equipo interdisciplinario de atención al paciente con cáncer (Sanz y Modollet, 2004). De acuerdo con Ascencio y García (2011), se eligió este modelo para la enseñanza en psicooncología debido a que fortalece una convivencia diaria y espontánea tanto con los pacientes como con los familiares y el equipo de salud que brinda atención a esta población.

El programa de formación en psicooncología se oferta a los psicólogos que están realizando un posgrado (como la Maestría en Medicina Conductual de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México) y que como parte de su entrenamiento deben capacitarse en el área de la psicooncología, o bien psicólogos clínicos interesados en prepararse en el campo de la psicología hospitalaria y en particular en psicooncología y los cuidados paliativos.

Las principales funciones que desarrolla la unidad de psicooncología y en las que se involucran los residentes de primer año o los psicólogos clínicos en formación se describen a continuación: por ejemplo es importante participar en las actividades académicas del servicio de oncología, hematología y oncopediatria, lo anterior con objetivo de integrar a los psicólogos al equipo de trabajo y que conozcan la terminología médica utilizada en los servicios; además de realizar el pase de visita con el equipo multidisciplinario para detectar las condiciones emocionales de los pacientes a partir de la información médica.

Además, deben proporcionar asistencia psicológica a pacientes ambulatorios y hospitalizados; pacientes que se encuentran en el proceso de adaptación a la enfermedad, apego a los tratamientos, preparación ante procedimientos invasivos, etcétera.

Los psicólogos en formación en el campo de la psicooncología deben preparar y discutir casos clínicos para aprender y retroalimentar la implementación de técnicas y procedimientos psicológicos, además de buscar y preparar artículos científicos relacionados con el campo para conocer las actualizaciones con respecto al manejo psicológico del paciente con cáncer.

Respecto a la intervención, Ascencio y García (2011) refieren que existen dos vías principales de atención psicooncológica: la primera es la detección de necesidades psicológicas, directamente en los pacientes a través del paso de visita a los pacientes hospitalizados, o bien por la consulta externa, ya que el psicólogo se encuentra inmerso como parte del equipo de salud o por la interconsulta solicitada por el médico especialista.

En estas dos condiciones son en las que el especialista en salud mental debe detectar las necesidades psicológicas inmediatas a través de una entrevista psicooncológica semiestructurada, observación clínica o pruebas psicológicas. Posteriormente, debe elaborar un análisis de conductas problema, así como las variables para establecer un diagnóstico psicológico que permita diseñar y llevar a cabo un programa de intervención y lograr con ello cubrir los objetivos establecidos de acuerdo a las necesidades detectadas.

Dentro de las áreas que son evaluadas por el equipo de psicooncología para determinar el estado emocional del paciente con cáncer y poder determinar un diagnóstico psicológico destacan las siguientes: las capacidades, el escrutinio de trastornos psicopatológicos previos y actuales, la adaptación a la enfermedad y su tratamiento, los patrones de personalidad que puedan afectar el proceso de enfermedad, la satisfacción con la información recibida acerca del diagnóstico y los tratamientos, la calidad de vida previa a la enfermedad y la actual, el apoyo familiar, social y económico, la comprensión de la información, la participación en la toma de decisiones, la confianza en el equipo de salud, la adherencia y apego a los tratamientos médicos, el afrontamiento del diagnóstico y tratamientos oncológicos, así como el estado emocional derivado del diagnóstico y tratamientos.

La formación en psicooncología en el servicio de oncología en el Hospital Juárez de México a través de los residentes de la Maestría en Medicina Conductual de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México tiene como objetivo principal promover en el psicólogo en formación psicooncológica conocimientos teórico-prácticos y habilidades clínicas necesarias para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento psicológico de las reacciones emocionales y de los trastornos psicopatológicos presentes en el paciente con cáncer y sus familiares, así como el desarrollo de habilidades y conocimientos para la creación de protocolos de investigación dentro del campo de la psicooncología y

los cuidados paliativos. En conclusión, se tiene que la formación psicooncología parte de un modelo de formación que engloba tanto el componente teórico-didáctico como el práctico-asistencial, mediante una supervisión clínica estructurada, que permita garantizar una atención de calidad al paciente oncológico.

Iniciativas más recientes podemos observarlas también en la Universidad Autónoma de Nuevo León, a través de su programa de la Maestría en Ciencias con orientación en Psicología de la Salud cuyo plan de estudios incluye en el tercer semestre una unidad de aprendizaje titulada “Psico-Oncología y Enfermedades Crónicas” con una carga de 60 horas en aula y 120 horas extra-aula.

ESTRATEGIA PSICOSOCIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON CÁNCER EN LA CIUDAD DE GUADALAJARA, JALISCO, MÉXICO

En el estado de Jalisco, la Universidad de Guadalajara a través del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) en el año 2012 creó el programa de navegación para ayuda de pacientes oncológicos y sus familiares con la finalidad de vincular las acciones de la universidad con la comunidad que requiere de profesionales de la salud que atiendan sus necesidades de manera ética y con calidad.

La navegación de pacientes se refiere a las acciones realizadas por profesionales de la salud capacitados y sensibilizados (navegadores) que como parte de su servicio social o bajo contrato se disponen a atender las necesidades de pacientes con cáncer en el ámbito hospitalario. Actualmente, el programa de navegación de pacientes tiene por objetivo beneficiar al paciente con cáncer y a sus familiares, facilitando con profesionalismo y sentido humano la superación de barreras para la atención integral y oportuna, mediante el trabajo interdisciplinario, la creación de vínculos interinstitucionales y sociales, la formación de recursos humanos en salud y generación de conocimiento a través de la investigación científica.

En 2018, el programa de navegación se implementa en tres hospitales de la ciudad de Guadalajara, Jalisco. El Hospital de Especialidades y el Hospital de Gineco-obstetricia, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y en el Instituto Jalisciense de Cancerología de la Secretaría de Salud. Los pacientes usuarios del programa son referidos por los médicos, trabajadoras sociales, asistentes médicos y personal de enfermería, quienes tienen conocimiento de los servicios del programa de navegación.

Otras formas en que se captan los usuarios son a través de una intervención psicoeducativa que realiza el navegador en la sala de espera en donde pacientes

y familiares se enteran de los servicios del programa de navegación. Asimismo, el navegador ofrece sus servicios en las unidades de quimioterapia brindando técnicas psicoeducativas que permiten un acompañamiento de mayor calidez. Algunos servicios que se otorgan a los usuarios de acuerdo con las necesidades detectadas son:

- a) Orientación institucional: consiste en brindar asesoría administrativa ante los diversos trámites para recibir atención médica, orientación dentro de las instalaciones del hospital, apoyo para el llenado de formularios, gestiones de citas, gestión para la obtención de medicamentos, ayuda para transporte y alojamiento de personas foráneas.
- b) Apoyo psicológico: dirigido a atender necesidades emocionales identificadas con base en los resultados de una evaluación a través de la entrevista y aplicación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond y Snaith, 1983).
- c) Acompañamiento emocional: que permitirá la exploración y expresión de los sentimientos de las personas afectadas por el cáncer, tales como angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación con el objetivo de disminuirlos para la toma de decisiones y poner en práctica las acciones a seguir. Las acciones del acompañamiento emocional son profesionalizadas a través del entrenamiento y supervisión con base en el manual de acompañamiento emocional a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama (Calzada *et al.*, 2016).
- d) Educación para la salud: se brinda a través de sesiones informativas sobre temas diversos en salas de espera o de manera individual, así como con la entrega de materiales impresos para reforzar la información verbal. Dichos materiales se han obtenido de la plataforma del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos de Norteamérica, materiales en idioma español que han sido validados por los expertos en oncología en los hospitales en que el programa de navegación es implementado. Los materiales versan en torno a temáticas diversas sobre la enfermedad, los tratamientos, los cuidados y los aspectos emocionales; conforme son detectadas las necesidades de información en los usuarios se les entregan los materiales correspondientes.
- e) Técnicas de relajación: se administra a pacientes en quimioterapia y pacientes que van a cirugía y en la unidad de quimioterapia recibiendo su tratamiento.

Estos servicios se dan en un continuo que es identificado por las diferentes fases en que es detectado el cáncer; prediagnóstico, diagnóstico, tratamiento, remisión, recaída y periodo final de la vida. Estas etapas se relacionan con cambios en variables psicosociales clave, por ejemplo, en la fase del prediagnóstico las reacciones emocionales más frecuentes son de ansiedad y estrés; en la fase del diagnóstico ante la mala noticia se empiezan a presentar síntomas de depresión y ansiedad, aquí el programa de navegación interviene orientando a los usuarios con los servicios y puntos clave dentro y fuera del hospital (navegación), brindando psicoeducación y acompañamiento emocional (Cruzado, 2010).

Respecto a la etapa del tratamiento, los síntomas de depresión pueden evolucionar a un cuadro de depresión mayor y ansiedad; ante ello, el programa de navegación brinda recursos psicoeducativos, como lo son las técnicas de relajación en quimioterapia y el acompañamiento emocional a los pacientes que van a cirugía.

En la etapa de remisión es frecuente que los pacientes reporten niveles de ansiedad elevados cerca de las consultas de seguimiento debido al temor a la recaída; el recurso que más se implementa en esta fase es la psicoeducación y el acompañamiento emocional. Cuando se presenta una recaída, los pacientes tienden a presentar cuadros depresivos más profundos en comparación a cuando recibieron el diagnóstico inicial, por ello es frecuente la derivación a tratamiento psicoterapéutico individual (Cruzado, 2010).

Los pacientes que presentan enfermedad avanzada y se encuentran en la etapa final de la vida reportan dolor físico y emocional, así como ansiedad y depresión ante la inminencia de la muerte; para brindarles una atención integral se derivan a la clínica del dolor y cuidados paliativos de la institución donde son atendidos, si se cuenta con el servicio en el hospital, en caso contrario son derivados al instituto PALIA, Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y cuidados Paliativos de la Secretaría de Salud para que puedan recibir atención integral por parte de un equipo especializado.

Las acciones del programa de navegación son sometidas a un monitoreo y evaluación; estos procesos se llevan a cabo a través de cuatro vías. 1) Las reuniones semanales con los navegadores, en donde se analizan situaciones especiales acontecidas en la atención a los usuarios del programa de navegación. 2) El registro de las actividades realizadas diariamente usando el formulario de registro diario del navegador. 3) La elaboración de reportes mensuales para dar a conocer el impacto de las acciones de navegación en las diferentes instituciones. 4) Las reuniones de seguimiento bimensual en donde participan las personas clave de las diferentes instituciones y asociaciones civiles involucradas. Dichas reuniones de seguimien-

to favorecen la difusión de los retos y logros acontecidos dentro del programa, así como el diseño de estrategias colaborativas de mejora.

Con el objetivo de mejorar las prácticas psicológicas, actualmente el modelo de apoyo psicosocial implementado en diversos hospitales de Guadalajara, Jalisco, se encuentra evaluando el impacto de las intervenciones realizadas. Las acciones del programa que han sido sometidas a dicha evaluación son la psicoeducación, técnicas de relajación y acompañamiento emocional, siendo los recursos de apoyo psicosocial que más se otorgan a los usuarios acorde a las necesidades que ellos manifiestan.

Por otra parte, es importante señalar que existen limitaciones importantes en la ejecución del programa de navegación, tales como la rotación constante de personal que fungen como navegadores debido a la culminación de su servicio social o por agotamiento de los recursos de financiamiento que subsidia al programa.

Lo anterior se traduce en retos susceptibles de mejorar el trabajo futuro; estos desafíos pueden ser abordados desde la política pública, haciendo gestiones y sensibilizando al personal que toma las decisiones en el sector de salud, para que con base en los resultados obtenidos a través de la investigación, el programa pueda ser ofrecido como parte de los servicios de atención integral a los usuarios de servicios de oncología, con un alcance estatal y nacional tal como lo establecen las regulaciones del sistema de salud mexicano.

CONCLUSIONES

La psicooncología es una disciplina joven que muestra importantes retos dada la magnitud del problema oncológico que se puede apreciar desde el panorama epidemiológico actual. Una de las principales necesidades imperantes en el país para atender de manera adecuada desde la perspectiva integral que maneja la psicooncología como disciplina es una formación de calidad en aquellos psicólogos que decidan especializarse en este campo.

De acuerdo a Ascencio y García (2011), las características académicas y de personalidad deseables en el psicólogo aspirante al campo de la psicooncología son las siguientes: que sean personas que cuenten con buena capacidad de organización, disposición de servicio, empatía, altos niveles de tolerancia a la frustración, con capacidad para manejar el estrés, con buena disposición para el trabajo en equipo, habilidades profesionales de comunicación y escucha, contar con la capacidad para desarrollar pensamiento crítico y constructivo, tener disposición para el conocimiento personal y el desarrollo humano, tener sensibilidad a las

necesidades psicosociales de los demás y competencia personal: autoconciencia, autorregulación, motivación de logro, compromiso, iniciativa, optimismo, principios básicos y fuentes internas y externas de autoestima, y no tener alguna psicopatología grave que impida su desempeño académico y de atención.

Actualmente existen en México iniciativas de formación profesional bien estructuradas cuyo perfil de egreso procura que los profesionales cuenten con las competencias para aportar en las diversas áreas de aplicación, tales como prevención, asistencia clínica, docencia e investigación.

Los retos de la psicooncología como disciplina científica demanda acciones de generación de conocimiento respecto a intervenciones eficaces de los tratamientos psicológicos en las personas que padecen cáncer, aplicando los criterios de validez empírica marcados por la Asociación Americana de Psicología en la división 12 (APA, 2006) para este campo concreto que busca promover la práctica en psicología basada en la evidencia científica.

Por otra parte, la gestión de políticas públicas que permitan fortalecer la plataforma para la integración formal del psicooncólogo dentro del equipo de salud, además de la generación de espacios de trabajo son elementos que se suman para atender de manera más acertada los desafíos de esta disciplina en el siglo XXI.

FUENTES CONSULTADAS

- Almanza, J. y J. Holland (2000), “Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras”, *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, vol. 46, núm. 3, pp. 196-206.
- Alvarado, S., S. Genovés y M. Zapata (2009), “La psicooncología: un trabajo transdisciplinario”, *Cancerología*, pp. 47-53.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006), “Evidence-based practice in psychology”, *American Psychologist*, núm. 61, pp. 271-285. Recuperado de: <http://www.apa.org/pubs/journals/features/evidence-based-statement.pdf>
- Ascencio, L. y F. García (2011), “Programa de formación en psico-oncología basado en el modelo fundacional”, *GAMO*, vol. 10, núm. 2, pp. 94-102.
- Calzada García, D. et al. (2016), *Acompañamiento emocional a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, Manual para personas facilitadoras en la alineación al estándar de competencia EC0263*, México, Inmujeres.
- Cruzado Rodríguez, J. A. (2016), “Formación y competencias del psicooncólogo”, en C. Rojas Jara y Y. Gutiérrez Valdés, *Psicooncología aportes a la comprensión y a la terapéutica*, Talca, Chile, Nueva Mirada Ediciones, pp. 65-82).

- Cruzado, J. (2003), “La formación en psicooncología”, *Psicooncología*, vol. 0, núm. 1, pp. 9-19.
- (2013), *Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*, Madrid, Pirámide.
- Diario Oficial de la Federación* (2011) “NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama”.
- Dura, E. y E. Ibáñez (2000), “Psicología oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional”, *Psicología*, vol. 1, núm. 1, pp. 27-43.
- Engel, G. (1977), “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine”, *Science*, vol. 196, issue 4286, pp. 129-196.
- Greer, S. (1994), “Psychooncology, its aim, achievements and future task”, *Psychooncology*, vol. 3, núm. 87, p. 101.
- Holland, J. (2002), “History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers”, *Psychosomatic Medicine*, núm. 64, pp. 206-221.
- Holland, J. (2010), *Psycho-oncology*, 2a. ed., Nueva York, Oxford University Press.
- Méndez Venegas, J. (2006), “Psicooncología nueva actividad en salud”, *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, pp. 44-45.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), *Estrategia en cáncer del sistema nacional de salud*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategia-Cancer.pdf>
- Rivero, R. *et al.* (2008), “Psicología y cáncer”, *Suma Psicológica*, vol. 15, núm. 1, pp. 171-198.
- Sanz J y E. Modolell (2004), “Oncología y psicología. Modelo de Interacción”, *Psicooncología*, pp. 3-12.
- Stewart, B. y C. Wild (eds.) (2014), *World cancer report 2014*, Lyon, International Agency for Research on Cancer.
- Zigmond A.S. y R.P. Snaith (1983), “The hospital anxiety and depression Scale”, *Acta psychiatrica Scandinavica*, núm. 67, pp. 361-370.

CAPÍTULO VIII

LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN LA REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA INFANTIL

*Iludé Pacheco-Sánchez; Claudia Márquez-González;
Teresita de Jesús Villaseñor-Cabrera*

En las últimas dos décadas se ha apreciado un incremento paulatino de dispositivos electrónicos que se han ido incrustando en la vida cotidiana con considerable aceptación; a partir de los teléfonos inteligentes, la inclusión de otros dispositivos como computadoras personales o portátiles, tabletas y asistentes personales ha aumentado de manera significativa, modificando las formas de interacción entre los miembros de la familia y también las posibilidades que tiene el individuo para interactuar con su ambiente. Estas herramientas son conocidas como tecnologías de la información y la comunicación.

Las tecnologías de la información y la comunicación, mejor conocidas como TIC o ICT por sus siglas en inglés, son herramientas teórico conceptuales, soportes y canales de comunicación, desarrolladas para recibir, almacenar y gestionar información y enviarla de un lugar a otro para favorecer la interacción (Buyya *et al.*, 2009; Halchenko y Hanke, 2012). En este sentido, se pueden considerar TIC desde el teléfono, el fax y la televisión, sin embargo, en los últimos años a este concepto se le ha añadido el colofón “de manera digital” para referirse únicamente a los dispositivos que, de alguna forma, dependen del uso de internet para su funcionamiento (Karyotaki y Drigas, 2015), incluyendo en este rubro los teléfonos inteligentes, computadoras, consolas de video juegos, la realidad virtual y la robótica.

Tanto en los hogares como en los trabajos son cada vez más comunes las herramientas tecnológicas especializadas, desde aparatos electrónicos como de aplicaciones y otros dispositivos inteligentes que se utilizan como herramientas para facilitar optimizar la forma en que se realizan las diferentes actividades.

Lo anterior ha provocado, a su vez, un aumento significativo de los estudios científicos referentes al uso de la tecnología y sus efectos en la vida cotidiana,

donde las áreas con mayor producción académica al respecto son las ingenierías, la mercadotecnia, la economía y la salud.

En el área de la salud existe el concepto de eSalud o eHealth, que se refiere a la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación dentro del ámbito diagnóstico, clínico y terapéutico en todas las áreas de la salud (Armayones-Ruiz *et al.*, 2015), siendo el área diagnóstica la que tiene mayor aceptación de las nuevas tecnologías (Botella y Bretón-López, 2014; Yarkoni, 2012). Las tecnologías de la información y la comunicación en eSalud permiten realizar consultas a distancia, ya sea por medio de video-llamadas, video-conferencias o por medio de software que almacena información de sintomatología y provee diagnósticos, contar con expedientes electrónicos internos y compartir información entre pacientes y profesionales de manera electrónica, facilitando la interacción entre los profesionales de la salud y los pacientes y en algunos casos, incrementando el acceso a los servicios de salud a personas que de otra manera no podrían recibir la atención. En todos los casos existen herramientas gratuitas y con costo, en las que varían las funciones y las posibilidades de intervención.

La salud mental se ha visto influenciada por las TIC en distintos aspectos y áreas de acción, como son terapia psicológica a distancia, uso de expedientes electrónicos, utilización de la robótica para mejorar la movilidad, simulación de entornos virtuales para ensayos de conducta y material para la rehabilitación neuropsicológica en todas las poblaciones (Buyya *et al.*, 2009; Miller, 2012; Segers y Bosman, 2013).

El uso de las TIC en salud mental se puede dividir en tres vertientes principales (Botella y Bretón-López, 2014; García-Guerrero, 2016; Miller, 2012): la administrativa, el intercambio de información y el material de apoyo. Las administrativas se encargan de la gestión y almacenamiento de datos, como es el caso de expedientes electrónicos, con un uso exclusivo para los profesionales de la salud y donde los datos deben estar debidamente resguardados para evitar robo de información sensible. Las TIC de intercambio de información permiten establecer un vínculo uno a uno entre el terapeuta y el paciente, en donde el terapeuta provee materiales específicamente diseñados para el paciente, quien lo recibe a larga distancia; tal es el caso de las bibliotecas digitales, información en general o teleconferencias. Finalmente, el material de apoyo son los materiales que utiliza el terapeuta como colaboradores en el proceso de rehabilitación, como software, aplicaciones electrónicas, robótica, entre otros, que mayoritariamente son utilizados sólo por el paciente, bajo la supervisión del terapeuta de manera presencial o a distancia.

En la rehabilitación neuropsicológica el uso de las tecnologías de la información y la comunicación ha representado beneficios económicos, soluciones innovadoras y disminución del tiempo y la necesidad de traslado del hogar al centro de cuidado (Sultan, 2014), para minimizar las dificultades asociadas al abandono de la terapia por falta de recursos, apego al tratamiento y aumentar la percepción de beneficio contra el costo de las intervenciones (González-Rosquete, 2012).

En los últimos años ha sido necesaria la inclusión de las tecnologías de la información y la comunicación y la implementación de estrategias que apoyan a mejorar los tratamientos de rehabilitación (Espinoza, 2014), y no solo ello, sino que, por su diseño, tales herramientas gradualmente han sido más accesibles al público tomando en consideración aspectos como la portabilidad de la información y la accesibilidad que los sujetos tienen a los programas, las instituciones y los profesionales (Sultan, 2014), por lo que permiten un mayor acercamiento del usuario hacia el contenido.

A pesar de que en un medio en vías de desarrollo como México, en el que el acceso a las herramientas tecnológicas es limitado, las TIC resultan un medio de alto alcance a la población, sobre todo cuando se trata de intervenciones en neuropsicología infantil (Hwang y Jeong, 2015; Pillai y Mathew 2019; Wang *et al.*, 2016).

La división infantil en rehabilitación neuropsicológica representa un reto dado que el paciente pediátrico requiere de una intervención más lúdica y que le resulte atractiva, por lo que la inclusión de herramientas tecnológicas como tabletas electrónicas, videojuegos o lentes de realidad virtual resultan de gran ayuda para el terapeuta y, según las evidencias, también para los pacientes (Friedrich *et al.*, 2014; Sharma, 2018); aunado a ello, algunos estudios destacan la participación activa de los padres en actividades de rehabilitación estructuradas y con materiales llamativos (Christakis, 2014; Karyotaki y Drigas, 2015; Lazuras y Dokou, 2016).

En neuropsicología infantil, el uso de tecnologías de la información y la comunicación se puede realizar en tres formatos: realidad virtual, software y juegos serios, cada uno con sus especificidades, que se detallarán más adelante. En la figura 1 se puede apreciar esta clasificación.

FIGURA 1

Clasificación de las tecnologías de la información
y la comunicación en rehabilitación neuropsicológica infantil.

Tecnologías de la información y la comunicación



Fuente: elaboración propia.

REALIDAD VIRTUAL

La realidad virtual (VR por sus siglas en inglés) consiste en un ambiente de simulación en el que el usuario está inmerso en un entorno artificial y virtual, que crea la ilusión de realidad (Bioulac, 2018; Pillai y Mathew, 2019). Se requieren lentes o casco de realidad virtual y también puede estar acompañado de otros aditamentos como guantes o trajes que permiten que la experiencia se perciba con mayor realismo.

Los dos atributos principales de la realidad virtual son inmersión e interacción (Pérez-Salas, 2018; Sharma, 2018), con lo cual se logra que, de los tres formatos de TIC, sea con el que se obtienen resultados más ecológicos, debido a su similitud con el ambiente natural del paciente y la multiplicidad de canales sensoriales que se utilizan en el proceso.

Las ventajas del uso de la realidad virtual en la rehabilitación del paciente neuropsicológico pediátrico son: 1) autoentrenamiento: el paciente es capaz de gestionar su propio aprendizaje dentro del ambiente simulado, y la mayoría de los modelos en VR ofrecen ensayos de la conducta esperada y retroalimentación inmediata, lo que favorece la adaptación a la tarea y su aprendizaje; el paciente se convierte en un aprendiz autónomo, contribuyendo a la generalización de los aprendizajes una vez que regresa al entorno real; 2) ambientes simulados: la rea-

lidad virtual ofrece la posibilidad de llevar a cabo tareas tanto en ambientes muy parecidos al contexto del paciente como su la casa, la escuela o el parque, como en lugares a los que no se tendría acceso en la realidad, por ejemplo en la selva o en el espacio; esto representa una ventaja pues los pacientes pediátricos pueden realizar una misma tarea en diferentes escenarios y así evitar la saturación por la actividad; 3) portabilidad: al igual que otros dispositivos electrónicos, con los lentes de realidad virtual el paciente puede realizar actividades de rehabilitación cognitiva desde cualquier espacio, lo cual es muy funcional para pacientes con limitaciones para trasladarse fuera de sus hogares; 4) adaptabilidad: las actividades de realidad virtual permiten el diseño de actividades personalizadas a cada tipo de paciente y un mismo entorno virtual puede ser utilizado con diversos objetivos; 5) multisensorial: sobre todo cuando se utiliza el casco de realidad virtual y los accesorios se pueden tener experiencias sensoriales completas con audio, video y sensibilidad; 6) inmersión: al estar controlados todos los sentidos, el terapeuta es capaz de focalizar la atención del paciente en la tarea específica que se desea moldear, como se observa en la figura 2, en donde una niña realiza una actividad de focalización atencional para el tratamiento del déficit de atención.

FIGURA 2

Niña utilizando lentes de realidad virtual para ejecutar una tarea atencional



Fuente: Miyabi Labs (2019)

Las desventajas del uso de realidad virtual están relacionadas con el costo de los dispositivos, accesorios y software, lo que disminuye de manera significativa el acceso a la población general y a los centros de estimulación con pocos recursos económicos, así como con la insuficiencia de programas, juegos e investigación en la aplicación de la realidad virtual en diversos trastornos del neurodesarrollo; la mayor cantidad de aplicaciones e investigaciones de VR en población infantil está relacionado con el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Adams et al., 2009; Bioulac *et al.*, 2018; Rizzo et al., 2000), específicamente en el ensayo de conductas que favorecen el control inhibitorio.

Las aplicaciones de los entornos virtuales podrían ser tan variados como lo son los trastornos del neurodesarrollo, por ejemplo se podría ampliar la investigación en el uso de la realidad virtual en contextos educativos para personas con discapacidad intelectual, herramientas de ensayo de conducta para personas con autismo, o tratamientos de modificación y entrenamiento conductual en trastornos de ansiedad y fobias específicas.

SOFTWARE

Dentro del software de rehabilitación se incluyen las plataformas virtuales y las aplicaciones electrónicas.

Una plataforma virtual se define como un espacio virtual o software utilizado para la entrega, seguimiento y gestión de la formación, educación o estimulación (Mahnegar, 2012); es un paradigma emergente diseñado para ofrecer servicios a través de los medios de comunicación en red, que ofrece software y hardware virtual de servicios (Sultan, 2014) y archivos desde sus computadoras.

Las plataformas virtuales permiten que todos los usuarios tengan acceso a la información compartida sin encontrarse en un mismo espacio físico, lo que facilita el intercambio de material electrónico y retroalimentación tanto en tiempo real como en diferentes periodos. La información puede permanecer almacenada para futuras consultas o ser eliminada una vez que es descargada por el usuario.

Se tiene conocimiento de que el número de plataformas, juegos de uso terapéutico y aplicaciones electrónicas ha crecido ostensiblemente y son cada vez más utilizados en el ámbito clínico (Guerrero Pertíñez y García-Linares, 2013). Algunas investigaciones demuestran su efectividad en poblaciones específicas como niños con trastorno generalizado del desarrollo (Marín, 2015) y niños con trastornos del aprendizaje (Raposo, Martínez, y Vasallo, 2013) debido a que en

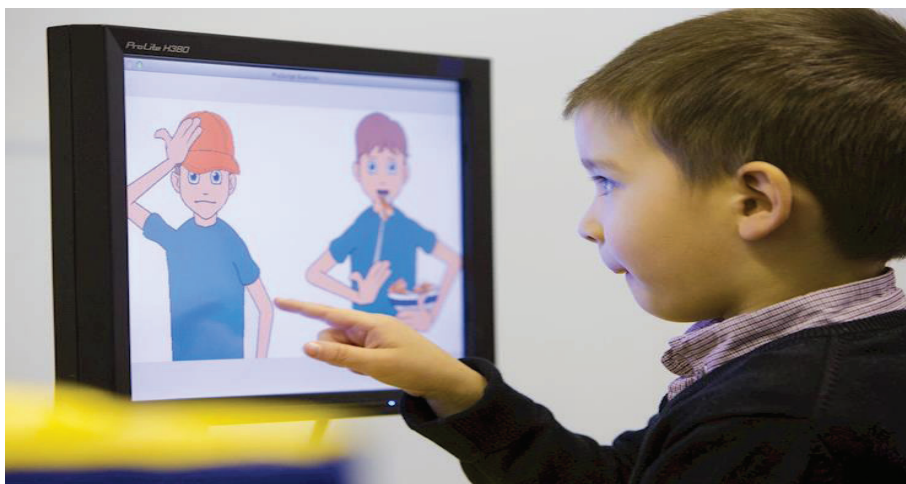
su mayoría, las plataformas virtuales se utilizan para intercambiar contenidos y materiales educativos, tal es el caso de la plataforma moodle.

En estimulación cognitiva actualmente existen una multiplicidad de plataformas con diferentes objetivos, la mayoría de ellas creadas para facilitar al profesional en rehabilitación cognitiva en el proceso de creación de actividades personalizadas (Drigas y Ioannidou, 2013; Drigas y Elektra, 2016; Karyotaki y Drigas, 2015), por lo que ofrecen material imprimible, así como actividades mediante software interactivo y, en algunos casos, las actividades interactivas se pueden realizar en el centro de trabajo o a distancia (Karyotaki y Drigas, 2015), aumentando el número de sesiones de estimulación debido a que los pacientes no se tienen que trasladar diariamente al centro de estimulación.

De las plataformas existentes actualmente casi 90 por ciento son dirigidas a población adulta, de las cuales en su mayoría contemplan la estimulación principalmente de los procesos mnésicos para el tratamiento de quejas subjetivas de fallos de memoria o diagnósticos tempranos de demencias, como son Memen-tia (Cognitiva Unidad de Memoria, S.L., 2013), Artemis (Altech Solutions and Consulting S.L. , 2015), Activa la mente (Fundación Bancaria Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona, 2010) y Smartbrain (Educamigos, s.l., 2015).

FIGURA 3

Niño utilizando un software de estimulación del lenguaje



Fuente: <http://www.lucid.ac.uk> (Lucid, 2019).

En un menor porcentaje existen las plataformas de estimulación infantil cuyo objetivo principal es el tratamiento de los trastornos del desarrollo neurológico (trastorno por déficit de atención, trastornos de aprendizaje de la lectura y la escritura (Drigas y Elektra, 2016), como es el caso de *Neuropersonal training* (Institut Gunttman, 2015): En a figura 3 se muestra un ejemplo, en donde se observa a un niño de edad escolar utilizando una aplicación de estimulación del lenguaje en un centro de investigación del lenguaje en Inglaterra.

Otro tipo de plataformas son las que apoyan al proceso educativo, las cuales son manejadas en contextos académicos como reforzadores de aprendizajes en el aula; las plataformas mixtas ofrecen rehabilitación cognitiva a adultos y niños con trastornos neurológicos o diagnóstico de deterioro cognitivo; tal es el caso de *Neuron up* (Neuronup, S.L, 2012), Echobluter (Everis Spain S.L., 2015) y Elena (Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica, 2008-2011).

Finalmente, existen plataformas diseñadas para la estimulación de niños en edad escolar (Buyya *et al.*, 2009; Nikolopoulou, 2007) y adultos sin ningún daño cognitivo o neurológico diagnosticado (Buyya *et al.*, 2009; Guerrero Pertíñez y García Linares, 2013; Halchenko y Hanke, 2012) . El objetivo de ellas es ejercitar los diferentes dominios cognitivos dependiendo de las actividades que el usuario realice, ya que cuentan con un amplio catálogo de habilidades cognitivas a estimular, ejemplo de ello son Lumosity.

Por otro lado, una aplicación web es un conjunto de recursos en red que participan e interactúan para permitir el funcionamiento de la propia aplicación web. Está formada por componentes de servidor dinámicos, bibliotecas de clases Java utilitarias, elementos Web estáticos, componentes de cliente dinámicos y un descriptor de desarrollo de configuración de la aplicación Web (Aumaille, 2002).

Las aplicaciones Web se instalan y ejecutan en el navegador de internet, algunas veces como plug-in (actualizaciones o extensiones de un programa previamente instalado): una de las ventajas es que independientemente del sistema operativo que se utilice puede ser instalado, siempre y cuando se haya diseñado para funcionar en el dispositivo.

Las aplicaciones Web se realizan para utilizarse en dispositivos móviles (teléfonos inteligentes, tabletas electrónicas, etcétera), y algunas requieren internet para funcionar. Algunas de las características que cumplen las aplicaciones Web son: instalación instantánea, utilizan un aparente poco espacio de almacenamiento en comparación con el sistema de funcionamiento del dispositivo, la portabilidad y la facilidad para el envío de actualizaciones y la transmisión de información (Karyotaki y Drigas, 2015; Sgandurra *et al.*, 2016).

En rehabilitación neuropsicológica infantil las aplicaciones que se utilizan son generalmente de actividades que anteriormente se realizaban en lápiz y papel; ahora modificadas por medio de la gamificación.

En entornos educativos y de rehabilitación neuropsicológica infantil, la gamificación se utiliza para el aprendizaje de habilidades nuevas y como complemento para actividades que se realizan en consulta o el entorno cotidiano.

La gamificación es el proceso de transformar contenidos de cualquier tipo, principalmente de aprendizaje, en juegos digitales, lo que va a permitir una modificación en la conducta y un cambio más profundo en experiencias fuera de juego; éstas hacen que la información sea procesada de una manera más amigable y permanente (Robson *et al.*, 2015).

El interés en la gamificación parte de tres avances recientes (Seaborn y Fels, 2015), el primero de ellos es el crecimiento de la tecnología computacional, sobre todo en la creación de video-juegos cada vez más accesibles. En segundo lugar, la gran aceptación e inclusión que tienen los medios de comunicación en la vida cotidiana, y a últimos años las tecnologías de la información y la comunicación que permiten la participación activa en distintos ámbitos sociales y de información. Y, en tercer lugar, la preocupación de utilizar las tecnologías no sólo para la comunicación, sino para el aprendizaje, la modificación de la conducta, y en general, la adquisición de nuevas experiencias.

Algunos autores consideran que el funcionamiento de la gamificación se debe a la repetición constante de las actividades y al hecho de que se proporciona reforzamiento constante de las conductas y la retroalimentación inmediata del logro o del fallo (Robson *et al.*, 2015).

Existen tres principios para el funcionamiento de la gamificación: mecánica, dinámica y emoción o estética (Seaborn y Fels, 2015). La mecánica son aquellas decisiones que los diseñadores especifican para la situación real que desea ser gamificada, por ejemplo, los objetivos, las reglas, la configuración y el contexto del juego; contiene los aspectos funcionales de la experiencia y determina la forma de interacción, cuando se gana o se pierde y en qué momento se puede acceder al juego. La dinámica se refiere al comportamiento del jugador mientras participa, es producida por la forma en que el jugador interactúa con las reglas que impone el diseñador; es difícil de predecir debido a que depende del usuario. Las emociones o estética son los efectos afectivos y mentales que se evocan cuando el usuario realiza la experiencia gamificada.

Las aplicaciones electrónicas son las que tienen mayor alcance y aceptación en la población, debido a la familiaridad del proceso de instalación y la portabi-

lidad de las mismas en los dispositivos de uso común como los teléfonos inteligentes y tabletas.

Las aplicaciones existentes en el mercado actual están mayoritariamente relacionadas con habilidades académicas, el aprendizaje de números, letras, colores, y el reforzamiento de habilidades de lectoescritura, y, al igual que en las plataformas virtuales, gran parte de las aplicaciones están diseñadas para el tratamiento del trastorno por déficit de atención, trastornos de aprendizaje y secuelas específicas en el lenguaje y la atención.

JUEGOS SERIOS

Finalmente, los juegos serios son videojuegos que fueron creados con objetivos no sólo de diversión, sino de rehabilitación; su objetivo es producir, reforzar o enseñar una habilidad específica en el jugador (Fleming *et al.*, 2017; Lau *et al.*, 2017). Para el uso de los juegos serios es necesario contar con una consola de videojuegos y los discos del juego propiamente. El uso de juegos serios es poco común en los programas de rehabilitación cognitiva debido al costo que implica la adquisición de las consolas y la cantidad de juegos serios existentes en el mercado.

En rehabilitación neuropsicológica infantil se utilizan cuando una actividad de estimulación no resulta satisfactoria ni divertida en el entorno común, bajo el principio de que cuando se genera una actividad que resulta divertida para el niño es más probable que éste continúe ejecutándola y que quiera seguir jugando y aprendiendo por sí mismo.

Aunado a lo anterior, se considera a los niños como “nativos digitales”, por lo que resulta mucho más sencillo para ellos aprender a realizar una tarea en un entorno virtual y después trasladarla a otros ámbitos, sobre todo cuando se trata de video-juegos, dada la familiaridad que tienen con ellos.

Los juegos serios son utilizados principalmente en pacientes infantiles y adultos con dificultades de movimiento (Strahler-Rivero *et al.*, 2015), como secuelas de lesiones cerebrales, trastorno neuromotor y dificultades visuales asociadas al control ocular. En la figura 4 se aprecia a una niña con dificultades motoras utilizando un dispositivo Kinect® en su proceso de rehabilitación física.

FIGURA 4

Niña utilizando una consola de videojuegos para rehabilitación física



Fuente: neuroped.es (Neuroped, 2019).

En neuropsicología infantil, más que una utilidad en rehabilitación cognitiva, se tienen mayores evidencias de su funcionamiento como sustituto de la evaluación neuropsicológica (Ciman *et al.*, 2018; Karimpur y Hamburger, 2015). Se conoce que la evaluación neuropsicológica tradicional puede resultar estresante y frustrante para el paciente pediátrico; es por ello que los juegos serios adquieren relevancia en la valoración de habilidades específicas, en ambientes lúdicos y en los que los niños realizan su mejor esfuerzo para “ganar”, a pesar de que, en este caso, el objetivo principal sea obtener una calificación del estado general de la función cognitiva evaluada.

El uso de herramientas tecnológicas en neuropsicología infantil es cada vez más necesario para lograr los objetivos terapéuticos deseados (Guerrero Pertíñez y García Linares, 2013), sobre todo cuando se trabaja con niños que nacieron en un periodo en donde la tecnología ya forma parte de su entorno cotidiano y puede utilizarse como aliada para proveer contenidos llamativos y accesibles para la estimulación.

Algunos estudios demuestran la efectividad del uso de plataformas virtuales y otras herramientas virtuales, como los juegos utilizados en la rehabilitación de niños con trastornos específicos, sin embargo, existen muchas áreas de oportunidad que no se han abordado, como son el uso de las TIC en estimulación temprana, estimulación multisensorial y en prevención de la salud.

En niños con trastornos del neurodesarrollo se demostró la efectividad del uso de plataformas virtuales; tal es el caso del trastorno generalizado del desarrollo (Marín, 2015). Un estudio de caso de dificultades en el aprendizaje (Raposo *et al.*, 2013) demostró mejoría posterior al uso del *ipad* como herramienta de aprendizaje; en otros estudios sobre la dislexia se evidenció el aumento de las habilidades del lenguaje en el preescolar utilizando TIC (Drigas y Elektra, 2016; Karyotaki y Drigas, 2015; Kokkalia y Drigas, 2016), se comprobó que en niños con trastorno del lenguaje la computadora ofrece mejor aprendizaje de grafemas y fonemas en niños prelectores, además de un *feedback* inmediato, adaptabilidad y diversión (Segers y Bosman, 2013).

En el caso de niños sin dificultades específicas pero con riesgo neurológico, se encontró, por ejemplo que en África se demostraron resultados positivos en todas las áreas de desarrollo con el uso de una plataforma virtual usada 45 minutos tres veces por semana (Giordani *et al.*, 2015); otro estudio evidenció el aumento de la concentración y la motivación hacia el aprendizaje en niños de tercer y quinto grado de primaria, utilizando video juegos (Villacis *et al.*, 2014); en otra investigación se demuestra la aceptación de una plataforma virtual por parte de los padres como parte del tratamiento de sus hijos, sin embargo, no se hace una evaluación a profundidad de los logros alcanzados en el desarrollo (Espinoza, 2014).

Como se puede apreciar, la inclusión de las TIC en la rehabilitación neuropsicológica infantil es muy variada y abarca todo el proceso de rehabilitación (evaluación-rehabilitación-generalización) en una población en la que se presume una recuperación casi natural de las funciones debido a la plasticidad cerebral.

A pesar de que existen autores que contraindican el uso de tecnologías de la información y la comunicación en edades tempranas, también existen múltiples investigaciones que avalan que el tiempo de uso, el contenido y la forma en que se utilicen puede llegar a favorecer notablemente distintos procesos cognitivos en los pacientes de población pediátrica. Sin embargo, la mejoría va a depender de diversos factores como son el software utilizado, el tipo de formato, el trastorno o proceso que se intente rehabilitar y la edad del paciente.

En conclusión, todas las herramientas mencionadas facilitan y enriquecen la labor terapéutica en rehabilitación neuropsicológica infantil, dado que disminuye el tiempo del clínico en la elaboración de programas individuales, pero también

acerca al paciente a un servicio al que, de otra manera no podría tener acceso dada la inversión necesaria para su implementación, así mismo, la reciente integración de las tecnologías de la información y la comunicación a la rehabilitación en neuropsicología infantil, abre la oportunidad de realizar investigaciones que fortalezcan los aspectos positivos de su uso, pero también que ayuden a minimizar los tabúes existentes con respecto a su uso y la generalización de los efectos, y a ampliar las áreas de aplicación, es decir, otros trastornos del neurodesarrollo que no se han abordado desde la perspectiva tecnológica hasta el momento.

FUENTES CONSULTADAS

- Altech Solutions and Consulting S.L. (2015), *www.altech.es*. Recuperado el 15 de agosto de 2015, de: <http://www.altech.es/inicio/gps-y-com/plataforma-artemis/>.
- Amics Guttmann (2019)., *Realidad Virtual en la rehabilitación infantil cognitiva del Institut Guttmann*. - Amics Guttmann. [online] Disponible en: <https://amics.guttmann.com/es/2018/04/realidad-virtual-en-la-rehabilitacion-infantil-cognitiva-del-institut-guttmann/> [Recuperado 1 Feb. 2019].
- Armayones Ruiz *et al.*, (2015), “Psicología 2.0: oportunidades y retos para el profesional de la psicología en el ámbito de la salud”, *Papeles del psicólogo*, vol. 36, núm. 2, pp. 153-160.
- Aumaille, B. (2002), *J2EE: desarrollo de aplicaciones Web* (ENI).
- Bioulac, S. *et al.* (2018), *Virtual Remediation Versus Methylphenidate to Improve Distractibility in Children With ADHD: A Controlled Randomized Clinical Trial Study*. *Journal of Attention Disorders*, 108705471875975. doi:10.1177/1087054718759751
- Botella, C. y J. Bretón-López (2014), “Uso de las tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica”, *Revista de Psicopatología y Psicología*, núm. 19, pp. 149-156. Recuperado a partir de: http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/download/13897/pdf_8
- Buyya, R. *et al.* (2009), “Cloud computing and emerging IT platforms: Vision, hype, and reality for delivering computing as the 5th utility”, *Future Generation Computer Systems*, vol. 25, núm. 6, pp. 599-616. doi: 10.1016/j.future.2008.12.001
- Cano, S. *et al.* (2016), *Design of a set serious mini-games as support in cognitive rehabilitation for children with auditory impairment. Proceedings of the 4th Workshop on ICTs for Improving Patients Rehabilitation Research Techniques - REHAB '16*. doi:10.1145/3051488.3051516

- Ciman, M. *et al.* (2018), *Serious Games to Support Cognitive Development in Children with Cerebral Visual Impairment. Mobile Networks and Applications*.doi:10.1007/s11036-018-1066-3
- Christakis, D.A. (2014), “Interactive Media Use at Younger Than the Age of 2 Years Time to Rethink the American Academy of Pediatrics Guideline?”, *JAMA pediatrics*, vol. 168, núm. 5, pp. 399-400. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.5081
- Cognitiva Unidad de Memoria, S.L. (2013), *www.cognitiva.es*. 3 de abril. Recuperado el 15 de agosto de 2015 de: *www.cognitiva.es*.
- Drigas, A. y R.E. Ioannidou (2013), “Special Education and ICTs”, *International Journal of Emerging Technologies in Learning*, vol. 8, núm. 2, pp 40-47.
- Drigas, A.S. y B. Elektra (2016), “Dyslexia and ICTs, Assessment and Early Intervention in Kindergarten”, *International Journal of Emerging Technologies in Learning*, vol. 11, núm. 2, pp. 53-56. doi:10.3991/ijet.v11i02.5193
- Educamigos, s.l. (2015), *www.smartbrain.net*. Recuperado el 17 de septiembre de 2015 de: *www.smartbrain.net*.
- Espinoza, A.O. (2014), Desarrollo de aplicación móvil como soporte a la estimulación temprana a niños menores a 1 año de edad de la Fundación Huancavilca en el año 2014. Tesis de maestría. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Everis Spain S.L. (2015), “Proyecto ehcobutler: desarrollo de una plataforma en salud que pretende retrasar el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento”. Recuperado el 17 de octubre de 2015 de: *http://ehcobutler.eu/*
- Fleming T.M, *et al.* (2017), “Serious Games and Gamification for Mental Health: Current Status and Promising Directions”, *Front. Psychiatry*, vol. 7, p. 215. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00215
- Friedrich, E.V.C. *et al.* (2014), “Brain-computer interface game applications for combined neurofeedback and biofeedback treatment for children on the autism spectrum”, *Frontiers in Neuroengineering*, 7. doi:10.3389/fneng.2014.00021
- Fundación Bancaria Caixa d’Estalvis i Pensions de Barcelona (2010), *www.lacaixa.com*. Recuperado el 15 de agosto de 2015 de: *https://www.activamente.com/*.
- García-Guerrero, C.E. (2016), “Utilidad de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en la Rehabilitación Neuropsicológica”, *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, vol. 16, núm. 1, pp. 243-273.
- Giordani, B.*et al.* (2015), “Designing and evaluating Brain Powered Games for cognitive training and rehabilitation in at-risk African children”, *Global Mental Health*, núm. 2, pp. 1-14. doi: 10.1017/gmh.2015.5
- Guerrero Pertíñez, G. y A. García Linares (2013), “Plataformas de rehabilitación neuropsicológica: estado actual y líneas de trabajo”, *Neurología*, vol. 30 núm. 6, pp. 359-366. doi:10.1016/j.nrl.2013.06.015

- González-Rosquete, V. (2012), “Advant y Advant-ed: plataforma para el entrenamiento cognitivo y físico con Kinect”. Recuperado a partir de: <http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/dea2012/docs/vgonzalez.pdf>
- Halchenko, Y.O. y M. Hanke (2012), “Open is Not Enough. Let’s Take the Next Step: An Integrated, Community-Driven Computing Platform for Neuroscience”, *Frontiers in Neuroinformatics*, núm. 6, pp. 1-4. doi:10.3389/fninf.2012.00022
- Hwang, Y. y S.H. Jeong (2015), “Predictors of Parental Mediation Regarding Children’s Smartphone Use”, *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, vol. 18, núm. 12, pp. 737-743. <https://doi.org/10.1089/cyber.2015.0286>
- Institut Guttmann (2015), <http://www.guttmanninnova.com/>. España, 9 de octubre. Recuperado el 19 de octubre de 2015 de: <http://www.guttmanninnova.com/procedimientos-clinicos-avanzados/neuropsicologia-pediatrica/programas/rehabilitacio-n-cognitiva-guttmann-neuropersonaltrainer-infantil.html>.
- Karyotaki, M. y A. Drigas (2015), “Online and other ICT applications for cognitive training and assessment”, *International Journal of Online Engineering*, vol. 11, núm. 2, pp. 36-42. doi:10.3991/ijoe.v11i2.4360
- Karimpur H. y K. Hamburger (2015), “The Future of Action Video Games in Psychological Research and Application”, *Front. Psychol*, núm. 6, p 1747. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01747
- Lau H.M. *et al.* (2017), “Serious Games for Mental Health: Are They Accessible, Feasible, and Effective? A Systematic Review and Meta-analysis”, *Front. Psychiatry*, núm. 7, p. 209. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00209
- Lazuras, L. y A. Dokou (2016), “Mental health professionals’ acceptance of online counseling”, *Technology in Society*, núm. 44, pp. 10-14. doi:10.1016/j.techsoc.2015.11.002
- LuCiD. (2019), *Home*. [online] Disponible en: <http://www.lucid.ac.uk/> [Recuperado el 1 de febrero de 2019].
- Mahnegar, F. (2012), “Learning Management System”, *International Journal of Business and Social Science*, vol. 3, núm. 12, pp. 144-151.
- Marín, R. (2015), *Diseño de juegos serios de plataformas para la ayuda de la evaluación y tratamiento de niños con trastornos generales del desarrollo*. Tesis de maestría. Universidad de Castilla-La Mancha.
- Miller, G. (2012), “The Smartphone Psychology Manifesto”, *Perspectives on Psychological Science*, vol. 3, pp. 221-237. <http://doi.org/10.1177/1745691612441215>
- Neuronup, S.L. (2012), www.neuronup.com. España. Recuperado el 19 de septiembre de 2015 de: <https://www.neuronup.com/es>

- Neuroped.es. (2019), *Telerehabilitación y acceso a nuevas tecnologías* | *NeuroPed.* [online] Disponible en: <http://www.neuroped.es/telerehabilitacio/> [Recuperado el 3 de enero de 2019].
- Pérez-Salas, C. (2008), “Realidad Virtual: un aporte real para la evaluación y el tratamiento de personas con discapacidad intelectual 1 Intelectual Disability,” *Terapia Psicológica*, núm. 26, pp. 253-262.
- Pillai, A.S. y P.S. Mathew (2019), “Impact of Virtual Reality in Healthcare: A Review”, en G. Guazzaroni (ed.), *Virtual and Augmented Reality in Mental Health Treatment*, Hershey, PA: IGI Global, pp. 17-31. doi:10.4018/978-1-5225-7168-1.ch002
- Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica. (2008-2011), Proyecto ELENA (ELEctronic Neurocognitive stimuLation). Plataforma Web para el Diseño, Ejecución y Seguimiento de la Rehabilitación Neurocognitiva mediante tecnologías asistivas y Redes Sociales. Recuperado el 13 de septiembre de 2015 de: <http://geb.uma.es/research/elena.html>.
- Raposo, M., M.E. Martínez y N. Vasallo (2013), “El Ipad como recurso para el entrenamiento y mejora de procesos cognitivos. *Revista científica electrónica de Educación y Comunicación en la Sociedad del Conocimiento*, vol. II, núm. 13, pp. 1-12.
- Robson, K. *et al.* (2015), “Is it all a game? Understanding the principles of gamification”, *Business Horizons*, vol. 58, núm.4, pp. 411-420. <http://doi.org/10.1016/j.bushor.2015.03.006>
- Seaborn, K. y D.I. Fels (2015), “Gamification in theory and action: A survey”, *International Journal of Human Computer Studies*, núm. 74, pp. 14-31. <http://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2014.09.006>
- Segers, E. y A.M.T Bosman (2013), “Early literacy interventions using ICT in children with SLI”, en A. Shamir y O. Korat (eds.), *Technology as a Support for Literacy Achievements for Children at Risk*, Netherlands, Springer, pp. 187-197. doi:10.1007/978-94-007-5119-4b
- Sgandurra, G. *et al.* (2016), “A pilot study on early home-based intervention through an intelligent baby gym (CareToy) in preterm infants”, *Research in Developmental Disabilities*, núms. 53-54, pp. 32-42. doi:10.1016/j.ridd.2016.01.013
- Sharma, G. (2018), “Rehabilitation and Medical Assistant Technique in Virtual Reality”, en I. Management Association (ed.), *Virtual and Augmented Reality: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications*, Hershey, PA: IGI Global, pp. 528-548. doi:10.4018/978-1-5225-5469-1.ch025
- Strahler Rivero T. *et al.* (2015), “ADHD rehabilitation through video gaming: a systematic review using PRISMA guidelines

- of the current findings and the associated risk of bias”, *Front. Psychiatry*, núm. 6, p. 151. doi: 10.3389/fpsyt.2015.00151
- Sultan, N. (2014), “Making use of cloud computing for healthcare provision: Opportunities and challenges”, *International Journal of Information Management*, vol. 34, núm. 2, pp. 177-184. doi:10.1016/j.ijinfomgt.2013.12.011
- Villacis, C. *et al.* (2014), “Multi-player educational video game over cloud to stimulate logical reasoning of children, en *IEEE International Symposium on Distributed Simulation and Real-Time Applications, DS-RT*, pp. 129-137. doi:10.1109/DS-RT.2014.24
- Wang, F. *et al.* (2016), “Using Touchscreen Tablets to Help Young Children Learn to Tell Time”, *Frontiers in Psychology*, núm. 7. doi:10.3389/fpsyg.2016.01800
- Yarkoni, T. (2012), “Psychoinformatics”, *Current Directions in Psychological Science*, vol. 21, núm. 6, pp. 391-397. doi:10.1177/0963721412457362

MODELOS EDUCATIVOS PARA ESTUDIANTES SORDOS

*Óscar Alejandro Tello-Miranda; Julio Varela-Barraza;
Roberto Montes-Delgado; Úrsula Palos-Toscano*

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo describir las características de los modelos de enseñanza que históricamente han sido desarrollados para la atención educativa de las personas Sordas, así como las condiciones que en el ámbito internacional y nacional han impulsado cambios paradigmáticos en las estrategias, métodos y técnicas a favor de este sector de la población. La importancia de un análisis en este sentido encuentra su justificación en la necesidad de contar con un panorama clarificador sobre la evolución de dichos modelos, las razones que han motivado sus cambios y las expectativas que actualmente se contemplan para la mejora educativa en el siglo XXI, ya que, en México, como en otros países, los resultados de la educación de las personas con discapacidad auditiva aún están muy lejos de ser los esperados.

Las fuentes consultadas para la realización del presente capítulo fueron artículos científicos obtenidos de bases de datos de libre acceso, entre las que se encuentran: Redalyc, SciELO, Dialnet, Latindex, y Google académico. Las variables de inclusión fueron: el año de publicación, considerando un rango de 20 años a la fecha; el idioma, español e inglés; el tema, definido por las palabras clave: educación, modelos/métodos y Sordos; así como la existencia del artículo en su versión completa. Aunado a lo anterior, se incorporaron como fuentes de análisis, libros especializados sobre el tema en cuestión, procurando tener la bibliografía más actual, pero también la más relevante.

Existen dos formas de representación del vocablo sordo(s), una con minúscula y otra con mayúscula. Siguiendo el uso dado por diversos autores (Amezcuza-Aguilar y Amezcuza-Aguilar, 2018; Becerra, 2015; Cruz-Aldrete, 2009; Herrera, 2009; Paz y Salamanca-Salucci, 2009), se empleará la primera para referirse a aquellas personas que tienen limitaciones auditivas, pero no se identifican como parte de

la comunidad Sorda, es decir, no emplean la Lengua de Señas (LS) ni comparten la cultura de este grupo minoritario. Por otra parte, Sordo(s) con mayúscula, hará referencia a individuos usuarios de Lengua de Señas y que forman parte de una cultura que perciben como propia.

Esta distinción se realiza como una forma de fortalecer el concepto de Sordos, como personas con diversidad funcional y no deficientes, así como fomentar un sentido de orgullo hacia su comunidad, su lengua y su cultura.

LA EDUCACIÓN DEL SORDO ANTES DEL SIGLO XX

En la historia de la humanidad siempre han existido personas con sordera. Sin embargo, la atención y el trato que han recibido de la sociedad no siempre ha sido el mismo. Durante los siglos XVI y XVII, y seguramente desde antes, las personas que nacían sordas o que vivían sin la posibilidad funcional de escuchar eran consideradas como enfermos y se les sometía a intervenciones terapéuticas rehabilitadoras que buscaban curar esta condición (Behares, 2006).

Para el siglo XVIII, diferentes educadores como L'Epée en Francia, Heinicke en Alemania, Braidwood en Gran Bretaña y Pedro Ponce de León en España, identificaron la necesidad de ofrecerle a la población sorda algo más que un tratamiento médico (Behares, 2006; Gómez, 2018). De las primeras y más famosas experiencias documentadas se encuentran las acciones realizadas por el Abad Charles Michel De L'Epée (1712-1789). Este personaje decidió emplear las señas como un método para la comunicación y el aprendizaje de la comunidad sorda, priorizando la comprensión del francés escrito y fomentando el uso de este código visual, no sólo con fines educativos, sino además, para lograr que sus estudiantes pudieran crear vínculos y relaciones sociales entre ellos (Cruz-Aldrete, 2009; Cruz, Cruz-Aldrete, 2013; Monsalve, 2002;). Los resultados obtenidos por el Abad De L'Epée fueron muy exitosos, llamando la atención de otros países que decidieron emplear su sistema de señas para la educación de las personas sordas (Paz y Salamanca-Salucci, 2009). En algunos países, ésta fue una época que quedó dominada por una educación para la comunidad sorda, marcadamente visogestual (Monsalve, 2002).

A pesar de los logros que se habían difundido sobre el método educativo del Abad De L'Epée, los resultados no terminaban de satisfacer a una gran cantidad de profesionales relacionados con esta problemática (Behares, 2006). Por tal motivo, en 1880 se realizó el Congreso Internacional de Maestros de Sordomudos en Milán (Becerra, 2015; Behares, 2006; Cruz, Cruz-Aldrete, 2013; Cruz-Al-

drete, 2009; Sack, 1990/2003; Paz y Salamanca-Salucci, 2009). Esta reunión de especialistas en la educación de las personas con discapacidad auditiva tuvo como objetivo identificar los logros educativos que se habían conseguido hasta esa fecha y sentar las bases para la atención futura.

Con el objetivo de lograr una educación universal y la plena inclusión de las personas sordas a las sociedades oyentes, así como congruentes con las políticas de bienestar social y educativo de aquel momento, los especialistas asistentes al congreso antes mencionado decidieron, sin la presencia de la comunidad sorda, que la educación de los sordos debía de basarse en el enfoque oralista, es decir, buscar que los sordos hablaran y que la comunicación por esta vía fuera su principal fuente de interacción social y educativa (Becerra, 2015; Behares, 2006; Cruz-Aldrete, 2009; Sack, 1990/2003; Paz y Salamanca-Salucci, 2009).

Esta decisión implicó la eliminación del uso formal de las señas como instrumento educativo, relegando su empleo a situaciones informales y extraoficiales, con severas sanciones para aquellos alumnos que las emplearan en el contexto educativo (Behares, 2006; Cruz-Aldrete, 2009; Becerra, 2015). Por otra parte, el oralismo trajo consigo el desprestigio de las Lenguas de Señas, a las que se les consideraba carentes de estructura gramatical, por lo que generó la expulsión de la comunidad sorda de las escuelas, impidiendo con esto que los niños con sordera desarrollaran el conocimiento de la Lengua de Señas y adquirieran la cultura e identidad del grupo lingüístico al que pertenecían (Monsalve, 2002; Behares, 2006; Paz y Salamanca-Salucci, 2009).

Es importante destacar que la instauración del enfoque oralista tuvo en su base una concepción de la sordera congruente con el modelo biomédico, que buscaba “curar” a las personas de esta limitación, empleando para su normalización medidas invasivas y rehabilitadoras para lograr mejoras en la audición y en la adquisición del habla (Amezcu-Aguilar y Amezcu-Aguilar, 2018; Becerra, 2015). Además, se enfatizaba la idea de la comunidad sorda como pacientes, víctimas, discapacitados, carentes de la capacidad de opinión y toma de decisiones sobre el devenir de su educación y proyecto de vida (Becerra, 2015; Paz y Salamanca-Salucci, 2009).

Los acuerdos tomados en el congreso de Milán tuvieron repercusiones en una gran cantidad de países en todo el mundo, incluso como menciona Cruz y Cruz-Aldrete (2013), el oralismo se impuso como la única alternativa viable para la educación del Sordo a nivel mundial. En Latinoamérica, los reportes históricos de diferentes investigadores describen las repercusiones de la instauración del oralismo en países como Chile (Becerra, 2008; Herrera, 2014; Lissi, Svartholm y González, 2012), España (Amezcu-Aguilar y Amezcu-Aguilar, 2018; Gómez, 2018; Llorent-García y López-González, 2010), Venezuela (Morales, 2007; Mo-

rales y Fraca, 2002), Uruguay (Behares, 2006), Brasil (Balieiro, 2014) y México (Cruz-Aldrete, 2009; Cruz-Aldrete y Villa, 2013; Fridman, 2011).

LA EDUCACIÓN DEL SORDO EN MÉXICO ANTES DEL SIGLO XX

Los antecedentes más remotos de los que se tiene registro en México respecto a la educación de las personas Sordas datan del siglo XIX. En este periodo se crearon la Escuela de Sordomudos (ES) y la Escuela Nacional de Sordomudos (ENS). La primera tenía el objetivo de educar a las personas con discapacidad auditiva; la segunda formaba profesores Sordos para la enseñanza de los alumnos con esta discapacidad. Ambas fueron creadas por decreto presidencial del entonces presidente Benito Juárez (Cruz-Aldrete, 2009; Cruz-Aldrete y Villa, 2013). De este hecho se genera el aprecio que tienen las comunidades sordas en México hacia el presidente Juárez, figura política que se encargó de brindarles un espacio para su educación, socialización y construcción de su identidad cultural y lingüística.

Entre los objetivos que buscaba lograr la Escuela de Sordomudos, durante los primeros años de su creación, destacaron la enseñanza del español en su forma escrita, el uso del alfabeto manual y, en caso de que hubiera aptitudes, el aprendizaje del castellano en su forma oral (Cruz-Aldrete, 2009). Esto da cuenta de que, en aquel momento, aún no se instauraba el oralismo como la corriente educativa hegemónica, permitiendo el fortalecimiento de la Lengua de Señas Mexicana, su transmisión y difusión, no sólo en la Ciudad de México, sino en diferentes partes de la República mexicana, así como la consolidación de comunidades sordas que enfatizaban la relevancia de la participación de adultos Sordos en la educación de los menores (Cruz-Aldrete, 2009; Cruz-Aldrete y Villa, 2013).

El enfoque educativo caracterizado por el uso de señas fue impulsado por Eduardo Huet Merlo, primer director y fundador de la Escuela de Sordomudos. Él era Sordo y francés de nacimiento, por lo que seguramente la educación que recibió se basaba en el método francés del Abad Charles Michel de L'Épée, mismo que buscó replicar en México. Sin embargo, la muerte de Huet en 1882, así como las directrices educativas emitidas a partir del congreso de Milán en 1980, impulsaron cambios drásticos en las formas de enseñanza de la Escuela de Sordomudos. Ésta, al igual que muchas escuelas para Sordos de Europa, Estados Unidos y Asia, adoptaron el Método Oral Perceptivo Puro para la educación de las personas con sordera, configurando el cambio hacia una educación oralista (Cruz-Aldrete, 2009; Cruz-Aldrete y Villa, 2013).

Para el año 1897, el cambio en el modelo de enseñanza de la Escuela de Sordomudos ya era un hecho. Paulatinamente toda la comunidad escolar dejó de emplear la Lengua de Señas, restringiendo y castigando su uso y desacreditando los logros que se habían obtenido a partir de ésta. Para las autoridades educativas y escolares, la integración de los estudiantes a la cultura oyente estaba dada por la articulación de palabras y frases de aquellos alumnos oralizados efectivamente, casos extraordinarios entre los muchos que presentaban serias dificultades para alcanzar niveles “normalizados” de habla. Estos logros fomentaban la creencia de que el sordo se había curado, es decir, la pedagogía habría logrado aquello en lo que la medicina había fallado (Cruz, Cruz-Aldrete, 2013).

A pesar de los enormes beneficios que la Escuela de Sordomudos trajo para la comunidad sorda, a mediados del siglo xx fue cerrada. Se desconocen los motivos por los que se decidió terminar con sus servicios, posiblemente las nuevas políticas educativas integradoras y el enfoque oralista fomentaron la desaparición de una propuesta tan especializada para esta población (Cruz-Aldrete, 2009). Este acontecimiento generó consecuencias negativas inconmensurables para la comunidad sorda, entre éstas destacan el debilitamiento de las comunidades Sordas, el estancamiento en la transmisión de su lengua y su cultura, el aislamiento y segregación debido a barreras comunicativas que el oralismo nunca pudo solventar, además de serias limitaciones en el logro de los objetivos educativos, entre otras (Cruz, Cruz-Aldrete, 2013).

Sin embargo, estos efectos negativos de la educación oralista pura no se pudieron identificar hasta muchos años después. Para el grueso de la población, la integración social del sordo a finales del siglo xix había quedado concluida mediante la oralización, postura que sentó las bases del modelo de atención educativa circunscrito a la educación especial y al que fueron sometidos los estudiantes sordos a lo largo del siguiente siglo, mismo que, incluso en la actualidad, aun influye fuertemente en las acciones de muchos centros educativos.

LA EDUCACIÓN DEL SORDO DURANTE EL SIGLO XX

Una vez que los especialistas internacionales definieron, en el congreso de Milán (1880), que el Oralismo era el método más adecuado para la educación de las personas Sordas, una gran cantidad de instituciones educativas de todo el mundo adoptaron este enfoque. Sin embargo, en algunos países como Suecia, durante las décadas de 1960 y 1970, comenzaron a darse cuenta de que, a pesar del empleo

sistemático del método oral y del desarrollo tecnológico que se dio desde 1950 y que generó mejores apoyos técnicos que permitían incrementar la audición, los alumnos sordos no lograban adquirir las habilidades escolares esperadas para su edad y grado escolar, así como tampoco mostraban adecuadas competencias comunicativas en su lengua oral (Lissi, Svartholm y González, 2012).

Aunado a lo anterior, entre los años sesenta y setenta del siglo xx surgió en Europa y América del Norte un movimiento internacional de reforma sobre la concepción de la discapacidad. Este movimiento buscaba cambiar las ideas del modelo biomédico que consideraba a las personas como enfermas o minusválidas enfatizando la necesidad de su curación-rehabilitación, para posicionarlos como sujetos de derechos humanos en un contexto que facilitaba o limitaba su desarrollo e integración social. Este enfoque fue definido como Modelo Social de la discapacidad o de derechos humanos y, en la actualidad, es el marco de defensa y reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad, influyendo fuertemente en la atención educativa que se les brinda a estas poblaciones (Muñoz *et al.*, 2013)

Como parte de los movimientos internacionales en defensa de las minorías, en la década de 1960 la comunidad Sorda Americana expresó enérgicamente su rechazo al Modelo Educativo Oralista, generando el denominado Movimiento Sordo Subalterno, que cuestionó el control social y educativo que la sociedad oyente les había impuesto, y reclamó su derecho a ser tomados en cuenta para las decisiones futuras (Becerra, 2015).

Este movimiento de defensa de los derechos de las personas Sordas y de su Lengua se vio fortalecido por las investigaciones del lingüista William Stokoe sobre la Lengua de Señas Americana. Este investigador demostró que el código de comunicación visogestual empleado por las personas sordas cumple con todas las características morfológicas y sintácticas de una lengua, por lo que es equiparable a cualquier otro código comunicativo hablado. Aunado a lo anterior, expuso que la idea de que la Lengua de Señas Americana era sólo mímica carente de estructura era errónea, y argumentó que con ésta se pueden transmitir mensajes igual de complejos a los logrados con lenguas orales (Becerra, 2008; Behares, 2006; Monsalve, 2002; Paz y Salamanca-Salucci, 2009).

El reconocimiento de la Lengua de Señas Americana generó una visión socioantropológica de las personas sordas, misma que las considera como parte de una comunidad con características propias, con una lengua y una cultura únicas. Esto hace que se posicionen e interactúen con su entorno de una manera diferente a como lo hacen las personas oyentes, influyendo en su forma de pensar, de comunicarse, de socializar y de aprender, aspectos sumamente relevantes para su educación (Paz y Salamanca-Salucci, 2009).

A partir de los hallazgos de Stokoe, la Lengua de Señas comenzó a ser objeto de estudio de diferentes ciencias, entre las que destacan la lingüística, la psicología y la educación. En esta última, los limitados resultados educativos del Modelo Oralista Puro, así como el nuevo estatus de las Lenguas de Señas, impulsaron a los educadores a diseñar nuevas formas de enseñar, configurándose entre la década de 1960 y 1970 el surgimiento de la Comunicación Total y el Modelo educativo Bimodal. La primera de éstas fomentaba que los estudiantes Sordos podían emplear el recurso comunicativo que les resultara más natural y efectivo, ya fuera Lengua de Señas pura o acompañándola con material visual, mímica o lengua oral. El segundo implica el uso de la lengua oral y su estructura gramatical acompañada de señas (Becerra, 2008; Lissi, Svartholm y González, 2012).

A pesar de que ambas propuestas argumentaban ser alternativas educativas del modelo oralista imperante, ambas contenían una visión implícita de éste, esto debido a que conciben a la Lengua de Señas al servicio y desarrollo de la lengua oral, su gramática y su código escrito. Sin embargo, este uso de las señas mejoró la comprensión de los alumnos Sordos, así como diferentes aspectos de los aprendizajes esperados. Por tal motivo, estas formas de enseñanza se extendieron a nivel internacional, empleándose en la mayoría de las escuelas que educaban personas sordas. Cabe destacar que, en muchas ocasiones, el docente simplemente realizaba un lenguaje oral signado, es decir, acompañaba sus explicaciones con señas específicas para cada palabra, deletreando aquellas que no tenían una representación manual conocida, dejando de lado la enseñanza y uso de la gramática de la Lengua de Señas (Becerra, 2008; Lissi, Svartholm y González, 2012).

A pesar de las mejoras que trajo consigo el uso pedagógico del lenguaje oral signado, en países como Estados Unidos y Suecia los docentes se dieron cuenta de que los avances seguían sin ser los adecuados. En ambos países los investigadores reportaron que el incremento en la comunicación dentro del aula, así como el desarrollo y comprensión del lenguaje oral, fueron limitados (Lissi, Svartholm y González, 2012). Los alumnos incrementaban su léxico en Lengua de Señas, pero no lograban mejoras en su oralización, ni en sus conocimientos escolares, siendo preocupantes sus habilidades para la comprensión y empleo del código escrito de la lengua oral, sobre todo en los aspectos morfosintácticos, pragmáticos y semánticos (Alonso, Rodríguez y Echeita, 2009; Lissi, Svartholm y González, 2012).

Los factores antes mencionados, es decir, los movimientos en defensa de los derechos humanos y las minorías como la comunidad sorda, el nuevo estatus de las lenguas de señas, los limitados resultados del método oralista y el surgimiento de nuevas formas de enseñanza, motivaron a la sociedad a realizar el Congreso

Internacional sobre la Educación de Sordos en Hamburgo en 1980 (Monsalve, 2002; Sack, 1990/2003).

En este evento se vio formalizado el cambio de paradigma en la educación de las personas Sordas. Fue un momento decisivo en el cual se concluyó que una educación que priorice la enseñanza y el aprendizaje a través de las diferentes Lenguas de Señas, así como el aprendizaje del idioma dominante de la cultura en la que se encuentre la persona Sorda, ya sea oral o escrito, debían ser los pilares de la educación de esta población. De esta forma, se fomenta que la lengua materna de los Sordos sea la Lengua de Señas, con base en la cual puedan adquirir las habilidades cognitivas y lingüísticas necesarias para simbolizar las experiencias y ampliar sus conocimientos culturales, incrementando con esto sus posibilidades de afrontar con mayor éxito el aprendizaje de la lengua escrita y demás competencias escolares (Herrera *et al.*, 2007).

Las conclusiones del Congreso de Hamburgo enfatizaban el reconocimiento y la relevancia de la Lengua de Señas en la comunicación de las personas Sordas, así como su derecho a ser educadas mediante este código visogestual, sin dejar de lado la importancia de la adquisición Oral y/o escrita de la lengua dominante del país en el cual radique la persona Sorda. Este posicionamiento generó el desarrollo de propuestas de educación bilingüe o Bilingüe Bicultural, a lo largo de todo el mundo (Lissi, Svartholm y González, 2012).

Entre los países que se destacaron por la rápida adopción del modelo bilingüe, sobresale el caso de Suecia, país en el que al inicio de la década de los años ochenta del siglo xx se desarrolló con fuerza y de forma rigurosa y sistemática este tipo de enseñanza, en gran medida por exigencia de los padres de niños Sordos. En 1981 el gobierno sueco decidió que las personas con discapacidad auditiva tenían el derecho a ser bilingües, es decir, dominar la Lengua de Señas Sueca y el sueco, prioritariamente escrito. Dos años después, se introdujo el primer Currículo Nacional Bilingüe en las escuelas especiales para alumnos sordos y con hipoacusia. En 1994 este currículo fue reemplazado por uno con mayores exigencias. En éste se especificaba que después de diez años de escolaridad formal, los alumnos deberían ser bilingües, es decir, debían ser capaces de comunicarse efectivamente en Lengua de Señas y ser competentes en la lectura y escritura del idioma sueco. Para todas las demás asignaturas, los objetivos eran explícitamente los mismos que para los niños oyentes (Lissi, Svartholm y González, 2012).

La implementación, análisis y seguimiento del modelo bilingüe en Suecia a lo largo de más de 25 años han generado resultados muy favorables en el desempeño y aprendizaje de los estudiantes Sordos. A diferencia del caso de otros países, como México, los alumnos Sordos cuando se gradúan de la educación básica obli-

gatoria realizan el mismo examen nacional que los alumnos oyentes. Entre el año 2002 y el 2008, los estudiantes de las escuelas especiales para Sordos obtenían, en promedio, un 60 por ciento de aciertos, lo que denota un conjunto de habilidades y conocimientos suficientes para aprobar, de igual manera, lo enseñado en las escuelas regulares (Lissi, Svartholm y González, 2012).

Los resultados obtenidos con el modelo bilingüe en el contexto sueco son alentadores, sin embargo, son peculiarmente positivos cuando se comparan con lo logrado en otros contextos. Por ejemplo, alrededor de 1990, se produjeron reformas en el campo de la educación de las personas sordas, tanto en Estados Unidos como en Canadá. Ambos países, siguiendo las directrices del Congreso de Hamburgo, decidieron adoptar el Modelo Bilingüe Bicultural para la educación de la población antes mencionada. Sin embargo, su adopción por parte de las instituciones educativas fue menos exitosa que en Suecia. Para 1999, solo nueve por ciento de los más de 45 mil estudiantes Sordos en Estados Unidos asistían a una escuela con alguna forma de educación bilingüe, muchas de las cuales sin un currículo formal (Lissi, Svartholm y González, 2012).

Para finales del siglo xx, la mayoría de los países del mundo reconocían la importancia de las Lenguas de Señas en la educación de las personas Sordas, reflejando con esto sus leyes y políticas nacionales e impulsando, como consecuencia, modelos educativos bilingües (Amezcu-Aguilar y Amezcu-Aguilar, 2018). Sin embargo, en muchas ocasiones, este reconocimiento de la Lengua de Señas, la cultura sorda y los derechos humanos de las personas con discapacidad no es suficiente para generar resultados educativos adecuados.

LA EDUCACIÓN DEL SORDO DURANTE EL SIGLO XX EN MÉXICO

Al igual que en el contexto internacional, las conclusiones obtenidas del congreso de Milán impactaron fuertemente en la política clínica, social y educativa de México. El gobierno mexicano asumió su responsabilidad con las personas Sordas, principalmente a través de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Educación Pública. En ambas, el objetivo era normalizar a la población con sordera, por una parte, con la donación de auxiliares auditivos y, por la otra, con una educación oralista que limitaba el uso de la Lengua de Señas y procuraba la integración social y educativa del Sordo a partir de la lengua hablada (Cruz-Aldrete, 2009).

Durante el siglo xx, el modelo educativo implementado por la Secretaría de Educación desde la Dirección General de Educación Especial buscaba que el

estudiante Sordo aprendiera el español, de forma oral y escrita, con el objetivo de propiciar su integración en las escuelas regulares. Por lo tanto, los docentes especialistas en audición y lenguaje, además de enseñar el currículo oficial acorde al grado y grupo en el que se encontraban los estudiantes con discapacidad auditiva, realizaban acciones orientadas a la oralización del alumno. Para esto, empleaban técnicas de articulación, lectura labiofacil, adiestramiento auditivo, claves de estructura gramatical (claves fitzgerald), entre muchas otras estrategias. Los docentes asumieron, en su mayoría, el método oralista como el eje rector para la educación de los alumnos con limitaciones auditivas (Cruz-Aldrete, 2009).

Ya avanzado el siglo xx, durante la década de los años ochenta, al igual que en el ámbito internacional, los docentes encargados de la educación de los alumnos sordos comenzaron a emplear la Lengua de Señas como apoyo al aprendizaje de la lengua oral. Por lo que el uso de la Comunicación Total, el Enfoque Educativo Bimodal y el español signado permearon la enseñanza en las aulas de los estudiantes con sordera. En apoyo a estas metodologías, la Dirección General de Educación Especial editó los textos denominados *Mis primeras señas: una introducción al lenguaje manual* y *Mis primeras señas II*. Además de esto, se realizaron cursos y diplomados sobre la Lengua de Señas Mexicana (Cruz-Aldrete, 2009).

Para finales del siglo xx y como respuesta a las políticas internacionales, en muchas escuelas de Educación Especial se empleaban las señas como parte de la didáctica cotidiana. Sin embargo, en casi todos los casos, se seguía buscando la adquisición y desarrollo de la lengua oral, por lo que la Lengua de Señas era sólo un apoyo o un sistema de comunicación alternativo. Por lo que en este punto aún no se puede hablar de la implementación de un modelo bilingüe, ni muchos menos bicultural. Fue hasta inicios del siglo xxi que se empezaron a realizar las primeras experiencias escolares con este enfoque en diversos lugares del país (Cruz-Aldrete, 2009).

LA EDUCACIÓN DEL SORDO EN EL SIGLO XXI, EDUCACIÓN BILINGÜE BICULTURAL

Durante finales del siglo xx e inicios del siglo xxi, los modelos educativos bilingües tomaron un gran auge. En el contexto latinoamericano, en el año 2009, Herrera propuso un modelo educativo bilingüe para el aprendizaje de los estudiantes Sordos, teniendo como precedentes investigaciones hechas por ella, tanto de forma individual, como con distintos colaboradores (Herrera, 2003; Herrera *et al.*, 2007). En su propuesta enfatizó que no existía, hasta ese momento, un modelo

educativo que se adaptara a las características de aprendizaje de la población sorda, por lo que su propuesta era única y respondía a la peculiar y compleja forma en que aprenden los niños con sordera (Herrera, 2009).

El modelo de Herrera (2009) contempló tres componentes. Primero, un enfoque de enseñanza basado en un contexto bilingüe el cual expone que los estudiantes Sordos deben educarse en un contexto bilingüe que permita el desarrollo de una lengua de signos como primera lengua (L1) y una lengua oral o escrita, como segunda lengua (L2).

Segundo, la teoría de la interdependencia lingüística formulada por Cummins (1984). Ésta fundamenta la importancia y efectividad del enfoque bilingüe, ya que sostiene que el aprendizaje de dos o más lenguas está interrelacionado a través de una competencia o destreza común y subyacente al aprendizaje de todas las lenguas (Cummins, 2001). Esta destreza es de origen cognitivo y subyace al rendimiento académico en ambas lenguas.

Tercero, un modelo específico para comprender el proceso de enseñanza-aprendizaje de la lectoescritura, proponiendo el Modelo denominado “Simple View of Reading” (visión simple de la lectura). Éste plantea abordar los procesos de la lectura sobre la base de dos componentes esenciales: la competencia lingüística (léxico y sintaxis) y la decodificación (Herrera, 2009). Aunado a lo anterior, la autora explica que su modelo pedagógico da protagonismo a las estrategias de aprendizaje visual, como son el uso de la Lengua de Señas, dactilología, lectura de labios y estímulos cinéticos.

Con este trabajo como precedente, en el año 2010 Herrera diseñó un programa denominado “Programa Inicial de Enseñanza de la Lectura y Escritura en Niños Sordos”. A partir de este material se realizaron diferentes investigaciones con el objetivo de evaluar la eficacia de las estrategias de enseñanza visual en el desarrollo de habilidades de lectoescritura de niños Sordos prelocutivos.

En el año 2014, como parte de las investigaciones en torno al programa antes mencionado, Herrera, Puente y Alvarado llevaron a cabo un estudio que contempló las siguientes estrategias: 1) empleo de la Lengua de Señas Chilena como primera lengua; 2) enseñanza del español escrito como una segunda lengua; 3) uso de estrategias de aprendizaje visuales como dactilología, imágenes, lectura labio-facial, ortografía y morfología, para el desarrollo léxico, sintáctico y semántico; 4) empleo de estrategias metacognitivas como planificación, revisión, producción; y 5) la participación de profesores Sordos para enseñar estrategias de aprendizaje visual a los alumnos. Los resultados encontrados fueron que el uso de acciones educativas acordes con un modelo bilingüe así como el empleo de estrategias de aprendizaje visual tienen un impacto positivo en la

adquisición de habilidades de alfabetización en los lectores Sordos. Este tipo de intervención produce un avance global correspondiente a 18 meses, en tan sólo seis de trabajo, mejorando significativamente el reconocimiento léxico y las habilidades sintácticas.

Aunado a lo anterior, las autoras describen que la mejora en los resultados se puede explicar por la generación de prácticas de enseñanza bilingüe basadas en estrategias de aprendizaje visual, como son el uso de la Lengua de Señas y el lenguaje escrito, así como la inclusión de Sordos y maestros de audición a través de todo el proceso de aprendizaje, haciendo posible la realización de tareas de traducción entre la Lengua de Señas y el español escrito, permitiendo que los estudiantes observaran las diferencias entre las dos lenguas, compararan y asimilaran sus estructuras.

Al igual que Herrera, Puente y Alvarado (2014), otros investigadores (Cruz-Aldrete, 2008; Lissi, Svartholm y González, 2012; Muñoz *et al.*, 2013; Robles-Gómez, 2012) han considerado al Modelo Bilingüe Bicultural como la mejor respuesta para el aprendizaje y la escolarización de los estudiantes Sordos. Este modelo se ha propuesto para compensar las deficiencias educativas de los estudiantes Sordos que han sido expuestos a un método oral puro, el cual, a pesar de los esfuerzos de muchos educadores a lo largo de más de 100 años, no ha demostrado ser adecuado para la mejora de las competencias en lectoescritura de personas Sordas (Herrera *et al.*, 2007).

El Modelo Bilingüe respeta las potencialidades de los estudiantes Sordos, su cultura y sus prácticas de socialización, poniendo énfasis en el empleo de señas y estrategias visuales, fomentando la presencia de intérpretes de esta lengua en ambientes educativos (Herrera *et al.*, 2007). La Educación Bilingüe Bicultural debe ser concebida como una propuesta dialógica de encuentro y de complementariedad entre las diferentes culturas, que contribuya a que todos los educandos desarrollen sentimientos positivos hacia la diversidad étnica, cultural y lingüística, propia de la época en que se vive. Es una opción para aprender a convivir con y en la diversidad (Herrera, 2014).

Se debe tener presente que el bilingüismo es un fenómeno complejo que ha generado diversos intereses, por tal motivo se encuentran numerosas definiciones del mismo. Para Herrera (2009), el bilingüismo es la competencia en dos lenguas, independientemente de la modalidad de expresión. Empero, cabe destacar que el dominio de dichas lenguas implica diferentes niveles de comprensión y producción en cada uno de los modos lingüísticos. Es decir, una persona bilingüe puede tener diferentes niveles competenciales para hablar, comprender, signar, escribir y leer, en las diferentes lenguas que conoce (Herrera, 2009).

Los defensores de la educación bilingüe aseguran que las capacidades de lectura y escritura adquiridas inicialmente en la primera lengua suponen un cimiento sobre el cual se puede desarrollar el aprendizaje de una segunda lengua. Por tal motivo, el desarrollo de la Lengua de Señas como la base para el dominio de ulteriores competencias, bajo un modelo educativo bilingüe, ha sido concebido como la forma más efectiva para satisfacer las necesidades educativas, sociales y lingüísticas de la población Sorda (Herrera, 2009; Herrera, 2014).

Es importante saber que una de las principales aportaciones teóricas que sustenta la educación bilingüe es la teoría de la interdependencia lingüística desarrollada por Jim Cummins (2001). Este autor sostiene que la competencia en una segunda lengua (L2) está en función de las habilidades desarrolladas previamente en una primera lengua (L1). Esto, debido a la existencia de una habilidad cognitiva subyacente a la destreza en ambos lenguajes.

El principio básico de esta teoría se refiere a que mientras más pericia tenga la persona en una lengua, mejor será su desempeño en el aprendizaje de otros idiomas, ya que la experiencia con cada uno es transferible entre éstos y llevará a incrementar las competencias en ambos lenguajes. Esta teoría ha sido muy investigada con personas oyentes, sin embargo, existen pocos estudios en población Sorda congénita que indiquen con certeza que la mejora en Lengua de Señas llevará a un mejor dominio del castellano escrito.

A pesar de lo extendido y aceptado del Modelo Bilingüe, hay autores que argumentan que éste no consigue eliminar las grandes diferencias que existen en el desempeño escolar entre oyentes y Sordos de la misma edad, especialmente en tareas de comprensión lectora. Esto debido a las diferencias gramaticales entre las lenguas orales y las lenguas de señas (Herrera *et al.*, 2007). Por su parte, los defensores del bilingüismo argumentan que las diferencias gramaticales entre la Lengua de Señas y la lengua oral, así como las interferencias que de éstas devienen, son fácilmente solucionables a partir de la enseñanza explícita de la gramática de ambas lenguas, así como de análisis y comparaciones entre lenguas, estrategias didácticas comúnmente empleadas en modelos bilingües (Cruz-Aldrete, 2008; Lissi, Svartholm y González, 2012; Muñoz *et al.*, 2013; Robles-Gómez, 2012).

En este sentido, se puede decir que, en el siglo XXI, a nivel internacional, existe un consenso sobre el uso del Modelo Bilingüe Bicultural para la educación de la población Sorda. Sin embargo, los resultados educativos difieren enormemente entre los países, así como entre las escuelas que lo implementan. Esto, debido entre otras cosas, a las diferencias entre los Modelos Bilingües Biculturales que se implementan. Es decir, no existe una sola forma de llevarlo a la práctica, ya que varían factores como el tipo de bilingüismo, simultaneo o paralelo, la cantidad

de profesores por salón, la cantidad de niños Sordos por aula o por escuela, la escolarización de los estudiantes Sordos en escuelas regulares o especiales, las características y contenidos curriculares, los métodos y materiales para la enseñanza, las horas dedicadas para cada lengua, la incorporación de intérpretes en las aulas, la participación de adultos Sordos durante las clases, su rol e implicaciones laborales, entre muchos otros aspectos que, en ocasiones, no dependen de los profesores o directores de las escuelas, sino de políticas educativas nacionales.

LA EDUCACIÓN DEL SORDO EN EL SIGLO XXI, EDUCACIÓN BILINGÜE BICULTURAL EN MÉXICO

A partir de los movimientos sociopolíticos y las tendencias educativas internacionales, México cuenta con un sustento jurídico y normativo nacional que retoma los acuerdos internacionales que reconocen el derecho a la educación de las personas con discapacidad y en particular el derecho al uso de la Lengua de Señas Mexicana (LSM) en la enseñanza de las personas sordas, aspecto fundamental para la implementación de modelos educativos Bilingües Biculturales. Entre estos documentos destacan, a nivel internacional, los siguientes:

La Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, celebrada en Jomtien, Tailandia en 1990 (Unesco, 1990). Entre los acuerdos se describe la necesidad de generar las condiciones para que todos aprovechen las oportunidades educativas y se satisfagan las necesidades básicas de su aprendizaje. Además, se debe garantizar la igualdad de acceso a la educación como parte fundamental del sistema educativo. Por otra parte, se describe la importancia de la realización de programas de alfabetización en la lengua materna, aspecto que refuerza la identidad y la herencia cultural, enfatizando que esta lengua no puede desarrollarse en una situación de aislamiento, por lo que se defiende la creación de ambientes que valoren programas educativos y de aprendizaje que involucren a los adultos usuarios de dicha lengua (Unesco, 1990). Cabe destacar que estas directrices se aplican a la perfección a la situación de los alumnos Sordos.

Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: acceso y calidad. Esta Conferencia fue celebrada en 1994 en Salamanca, España. Los acuerdos generados reafirman los principios de la Declaración de Jomtien, y proclaman el derecho de todos los niños a procesos educativos que respeten sus “características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje”. En ese contexto, se defiende que las Escuelas para Todos deben organizarse para recibir “niños discapacitados y niños bien dotados, niños que viven en la calle y que trabajan, niños de poblaciones remotas o nómadas,

niños de minorías lingüísticas (como los Sordos), étnicas o culturales y niños de otros grupos o zonas desfavorecidos o marginados” (Unesco, 1994).

Aunado a lo anterior, en la Conferencia de Salamanca se establece que las políticas educativas deberán considerar las diferencias individuales y las distintas situaciones contextuales y personales en las que viven los educandos. Por lo que se debe tenerse en cuenta la importancia de la lengua de signos como medio de comunicación para los sordos, y se deberá garantizar que todos los sordos tengan acceso a la enseñanza en la lengua de signos de su país. Por las necesidades de comunicación de los sordos y los sordos/ciegos, sería más conveniente que se les impartiera una educación en escuelas especiales o en clases y unidades especiales dentro de las escuelas ordinarias (Unesco, 1994).

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), en su artículo 24 establece que los Estados deben asegurar un sistema de educación inclusivo en todos los niveles. Asegurar que las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita. La educación debe emplear los materiales, las técnicas educacionales y las formas de comunicación adecuadas. Los alumnos que las necesiten deben recibir las medidas de apoyo pertinentes. En el caso de los alumnos Sordos se debe facilitar el aprendizaje de la Lengua de Señas y la promoción de su identidad lingüística y cultural (ONU, 2006).

En México, el documento rector es La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, *en su artículo 3° (DOF, 2013) establece que toda persona tiene derecho a recibir Educación y que ésta tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano, luchará contra la ignorancia y sus efectos, las servidumbres y los prejuicios, contribuirá a una mejor convivencia humana, a fin de fortalecer el aprecio y respeto por la diversidad cultural, la dignidad, los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos. Además, el Estado garantizará la excelencia en la educación obligatoria, de manera que los materiales y métodos educativos, la organización escolar, la infraestructura educativa y la idoneidad de los docentes y los directivos garanticen el máximo logro de aprendizaje de los educandos.*

La Ley General de Educación (DOF, 1993) en su artículo 32, establece que las autoridades educativas tomarán medidas dirigidas a establecer condiciones que permitan el ejercicio pleno del derecho a la educación de calidad de cada individuo, una mayor equidad educativa, así como el logro de la efectiva igualdad en oportunidades de acceso y permanencia en los servicios. Además, el artículo 41 enfatiza que se atenderá a los educandos de manera óptima de acuerdo con sus propias condiciones, estilos y ritmos de aprendizaje, en un contexto educativo incluyente, el cual se debe basar en los principios de respeto, equidad, no discriminación, igualdad sustantiva y perspectiva de género.

La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (DOF, 2003) señala que las acciones afirmativas que se implementen podrán incluir aquellas que favorezcan el acceso, permanencia y promoción de personas pertenecientes a grupos en situación de discriminación y subrepresentados, es decir, minorías como la comunidad Sorda.

La Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (DOF, 2011) señala en su Artículo 12, relativo a la educación, que se deben proporcionar a los estudiantes con discapacidad materiales y ayudas técnicas que apoyen su rendimiento académico, procurando equipar los planteles y centros educativos con materiales didácticos, apoyo de intérpretes de Lengua de Señas, así como incluir la enseñanza de esta lengua en la educación pública y privada e impulsar toda forma de comunicación escrita que facilite al sordo hablante, al Sordo señante o semilingüe, el desarrollo y uso de la lengua en su forma escrita.

Esta misma ley en su Artículo 2 define como Lengua de Señas Mexicana: “Lengua de una comunidad de personas sordas, que consiste en una serie de signos gestuales articulados con las manos y acompañados de expresiones faciales, mirada intencional y movimiento corporal, dotados de función lingüística, que forma parte del patrimonio lingüístico de dicha comunidad y es tan rica y compleja en gramática y vocabulario como cualquier lengua oral”. La Lengua de Señas Mexicana es considerada desde esta ley, en el Artículo 14, como una de las lenguas nacionales que forman parte del patrimonio lingüístico de México y define a la comunidad de personas sordas como el grupo social cuyos miembros tienen alguna deficiencia del sentido auditivo que les limita para sostener una comunicación y socialización regular y fluida en lengua oral.

Todo este conjunto de acuerdos, leyes y normativas, tanto internacionales como nacionales, impulsó a diversos profesionales comprometidos con la educación de las personas Sordas para que, desde finales del siglo xx y principios del siglo xxi, comenzaran con la instrumentación y puesta en marcha de propuestas educativas Bilingües Biculturales para los alumnos Sordos en México. Se tiene registro de que estas iniciativas se dieron en diferentes partes de la República, destacándose el caso de algunos Centros de Atención Múltiple (CAM) en la Ciudad de México, Sonora y Morelos (Cruz-Aldrete y Villa, 2013). Cabe mencionar que los CAM son las escuelas de educación especial que ofrecen educación básica y formación para el trabajo en México para estudiantes con discapacidad que no han logrado ser incluidos en escuelas regulares.

Tomando en consideración la aparición de estas propuestas de atención educativa Bilingüe Bicultural, así como las normas nacionales e internacionales, la Secretaría de Educación en México, publicó en el año 2012 un documento deno-

minado *Orientaciones para la Atención Educativa de Alumnos Sordos que cursan la Educación Básica, desde el Modelo Educativo Bilingüe-Bicultural*. En este texto se enfatiza que la educación que reciben los estudiantes Sordos debe darse bajo un Modelo Educativo Bilingüe-Bicultural, en el cual se priorice la adquisición de la Lengua de Señas Mexicana como primera lengua y el castellano en su modalidad escrita como una segunda lengua.

El documento expone también que una educación en y para la diversidad incluye el derecho de la niñez con sordera a hablar su lengua materna y a recibir una educación bilingüe para su adecuado desarrollo psicológico, social y educativo. Además, la Secretaría de Educación Pública (SEP) argumenta que con esta propuesta se da respuesta a lo establecido en la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, reconociendo los derechos culturales y lingüísticos de los estudiantes Sordos de Educación Básica.

Entre los aspectos más relevantes del texto destaca la descripción de las características que deben tener aquellas escuelas, tanto regulares como especiales, que integran a estudiantes Sordos. Por lo que para la Secretaría de Educación un centro educativo que brinda atención a alumnos Sordos debe contar con: *a)* enseñanza de la LSM como primera lengua, desde los primeros años de escolarización; *b)* enseñanza de la LSM como segunda lengua para los oyentes; *c)* comunidad de alumnos Sordos que usen la LSM ; *d)* adultos Sordos como docentes y modelos lingüísticos; *e)* intérpretes de LSM certificados; *f)* enseñanza del castellano escrito como segunda lengua; *g)* docentes especialista en la enseñanza del español como segunda lengua; *h)* métodos y materiales didácticos adecuados para el aprendizaje de los alumnos Sordos; *i)* infraestructura y equipamiento adecuado, como señalizaciones, alarmas y timbres visuales que sean accesibles para las personas sordas, entre otras cosas.

A pesar de la claridad y contundencia con que la Secretaría de Educación en México describe al Modelo Bilingüe Bicultural como la estrategia educativa más adecuada para la atención de los estudiantes Sordos, su puesta en marcha en las escuelas que atienden a estos alumnos, tanto regulares como especiales, dista mucho de cumplir con lo especificado por la misma autoridad educativa federal. Es notorio en estas escuelas la ausencia de recursos humanos, económicos y tecnológicos para poder implementar un modelo bilingüe, es decir, hacen falta docentes capacitados para la enseñanza del español como segunda lengua, maestros capacitados en el uso y enseñanza de la Lengua de Señas, intérpretes de Lengua de Señas certificados, la inclusión de adultos Sordos como docentes, así como la presencia de la comunidad Sorda dentro de la escuela, inmersa en la toma de decisiones educativas y escolares.

Lo anterior queda plasmado en el documento denominado Orientaciones para la implementación de la Estrategia Integral de Equidad e Inclusión Educativa en el Sistema Educativo Nacional para alumnos con discapacidad y con aptitudes sobresalientes (SEP, 2018). Este texto tiene como finalidad describir la forma en cómo se debe implementar a nivel federal el cambio de una Educación Especial a una Educación Inclusiva. Esto, en el marco de la aplicación y puesta en marcha del Nuevo Modelo Educativo para la Educación Básica en México (DOF, 2017). Este documento establece que para lograr el tránsito hacia la educación inclusiva es indispensable que todas las instancias que componen el Sistema Educativo Nacional tomen medidas focalizadas de alto impacto para romper las principales barreras de desigualdad y apoyar a las poblaciones más vulnerables.

En este sentido, la SEP recomienda, entre otras cosas: *a)* realizar adecuaciones en los procesos de ingreso, permanencia y promoción, con el fin de modificar las estructuras ocupacionales y contar con todos los perfiles profesionales que se requieren para la atención de la diversidad en las aulas, así como de los estudiantes con discapacidad; *b)* modificar los perfiles, parámetros e indicadores que establecen los requerimientos para que una persona pueda ingresar al servicio profesional docente, con el objetivo de permitir el ingreso de otros profesionales que se requieren para apoyar la educación de las personas con discapacidad, por ejemplo, en el caso de los alumnos Sordos, intérpretes de Lengua de Señas Mexicana y adultos Sordos docentes. Sin estas modificaciones en la normativa para la contratación, la implementación del Modelo Bilingüe se vuelve casi imposible. Es por esto que las escuelas que han logrado efectuar esta estrategia educativa lo han hecho con muchas limitaciones, con recursos propios y con el apoyo de la sociedad civil y los padres y madres de familia. Por lo cual, la educación Bilingüe Bicultural en México para la atención de los alumnos Sordos sigue siendo escasa y, en la mayoría de los casos, sin las condiciones óptimas para generar los resultados educativos deseados.

CONCLUSIONES

La evolución histórica presentada en este capítulo da cuenta de los cambios de paradigma respecto a la manera de entender y promover la educación de las personas Sordas. Los distintos modelos analizados reflejan un cambio de enfoque, desde prácticas curativas-rehabilitadoras hasta un modelo educativo social que respeta sus derechos humanos elementales a partir de reconocer sus particularidades como grupo minoritario, lingüística y culturalmente diferente y único. Sobre

la base de estas diferencias, las nuevas tendencias educativas buscan ofrecerles un Modelo Bicultural Bilingüe que consiga su máximo desarrollo personal, psicológico, social y educativo para su plena participación e inclusión, tanto en su cultura como en la cultura oyente en la cual se encuentran inmersos.

Cabe destacar que el uso de la Lengua de Señas y la instauración de un modelo pedagógico Bilingüe Bicultural que fomente su práctica, valoración y conocimiento se consideran de crucial importancia para la educación de esta población. Sin embargo, la eficiente ejecución del modelo propuesto requiere de recursos humanos, económicos, teórico-prácticos y arquitectónicos que representan grandes esfuerzos para los docentes y para las autoridades educativas federales y locales, los cuales, hasta el momento, están lejos de ser resueltos y repercuten negativamente, no sólo en los aprendizajes de los estudiantes, sino también en el dominio de la parte fundamental del modelo, es decir, el manejo de la Lengua de Señas y del castellano escrito.

La investigación internacional sobre la educación de las personas Sordas enfatiza la relevancia de los modelos, métodos y materiales didácticos empleados por los docentes para el aprendizaje de sus estudiantes, indicando la existencia de serias dificultades por parte de los maestros para la identificación de las formas más adecuadas para la educación de esta población, dadas en gran medida por la ausencia de formación y actualización en el tema (Herrera, Puente y Alvarado, 2014).

Con base en esto, se argumenta que no es la ausencia de una audición eficiente lo que impide que las personas Sordas consoliden los aprendizajes esperados. El núcleo del problema se encuentra en la ausencia de prácticas docentes adecuadas y la ineficiente respuesta educativa a sus necesidades. Por esta razón, es difícil esperar que las personas Sordas dominen la lectoescritura en castellano si no han consolidado una lengua propia; si no existen las condiciones educativas, familiares y sociales adecuadas para propiciarlo; si no hay personas Sordas que les enseñan su lengua y maestros apropiadamente preparados para la educación de esta población.

Por lo anterior, es indispensable consolidar el enfoque social de la discapacidad, las políticas públicas y educativas inclusivas, las condiciones para un Modelo Bilingüe Bicultural efectivo y una metodología de enseñanza basada en conocimientos científicos, todo esto, si realmente se desea mejorar la calidad educativa que se le brinda a la comunidad Sorda y los resultados que de ésta devienen.

Por lo anterior, el conocimiento aquí presentado sobre los modelos educativos de los que han sido participantes las personas Sordas, así como los resultados que han logrado, se vuelven un tema de crucial relevancia para todos los interesados

en el bienestar de esta población. Ya que con este conocimiento se puede saber qué prácticas deben de quedar en desuso y exigir aquellas que hayan demostrado resultados educativos más satisfactorios. La mejora educativa es tarea de todos.

FUENTES CONSULTADAS

- Alonso, P., P. Rodríguez y G. Echeita (2009), “El Proceso de un Centro Específico de sordos hacia una Educación más Inclusiva”, *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, Colegio Gaudem Madrid, pp. 167-187.
- Amezcu-Aguilar, T. y P. Amezcu-Aguilar (2018), “Contextos inclusivos: el reconocimiento de la lengua de signos como derecho de las personas con diversidad funcional”, *Index. Comunicación*, vol. 8, núm. 2, pp. 123-148.
- Balieiro, A. (2014), “Declaraciones de Unesco, educación de sordos y educación inclusiva: un análisis de la política nacional de educación de Brasil. Psicología”, *Conocimiento y Sociedad*, vol. 4, núm. 2, pp. 261-294.
- Becerra, C. (2008), “Lenguaje y educación en niños sordos: encuentros y desencuentros”, *REXE. Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, núm. 14, pp. 105-114.
- (2015), “Memoria sorda e invisibilidad: problemas teóricos y prácticos en la educación intercultural del sordo”, *REXE. Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, vol. 14, núm. 27, pp.169-182.
- Behares, L.E. (2006), “La enseñanza en el campo de la sordera. Reflexiones desde la teoría del acontecimiento didáctico”, *Educação Temática Digital, Campinas*, vol. 7, núm. 2, pp. 229-244.
- Cruz-Aldrete, M. (2008), “El estudio de las lenguas de señas. Los sordos, ¿Hijos de un dios menor?”, *Signos lingüísticos* vol. 4, núm. 8, pp. 39-64.
- (2009), “Reflexiones sobre la Educación Bilingüe Intercultural para el sordo en México”, *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*.
- y Villa, M.A. (2013), “Si tú escucharas lo que yo veo: la educación básica para sordos usuarios de la LSM”, *Revista Iberoamericana de Educación*, vol. 63, núm. 2.
- Cruz, J., y Cruz-Aldrete, M. (2013), “Integración social del sordo en la Ciudad de México: enfoques médicos y pedagógicos (1867-1900)”, *Cuicuilco*, vol. 20, núm. 56, pp. 173-201.
- Cummins, J. (2001), “¿Qué sabemos de la educación bilingüe? perspectivas psicolingüísticas y sociológicas”, *Revista de Educación*, núm. 326, pp. 37-61.
- DOF (1993), *Ley General de Educación*, México, Editor.

- (2003), *La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*, México, Editor.
- (2011), *Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad*, México, Editor.
- (2013), *Decreto por el que se reforman el artículo 3° en sus fracciones III, VII, VIII, y 73 fracción XXV*, México, Editor.
- (2017), *Modelo educativo para la educación obligatoria*, México, Editor.
- Fridman, B. (2011), “La actual política nacional de inclusión educativa como segregación alienante del sordo señante”, en G. Teresinha (ed.), *Anuario educativo mexicano visión retrospectiva*, México, Miguel Ángel Porrúa, pp. 293-309.
- Gómez, M.C. (2018), “La educación de los sordos de la exclusión a la inclusión”, *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, núm.14, pp. 95-106.
- Herrera, V. (2003), “Desarrollo de habilidades lectoras en sujetos sordos signantes, a partir del uso de códigos dactílicos”. Tesis doctoral inédita. Universidad Complutense de Madrid.
- (2005), “Habilidad lingüística y fracaso lector en los estudiantes sordos”, *Estudios Pedagógicos XXXI*, núm. 2, pp. 121-135.
- (2009), “En busca de un modelo educativo y de lectura coherente con las necesidades educativas especiales de los estudiantes sordos”, *REXE: Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, vol. 8, núm. 16, pp.11-24.
- (2010), *Programa inicial de la enseñanza de la lectura y la escritura en niños sordos*, Universidad de Chile.
- (2014), “Alfabetización y bilingüismo en aprendices visuales. Aportes desde las epistemologías de sordos”, *Educación y Educadores*, vol. 17, núm. 1, pp.135-148.
- , A. Puente y J.M. Alvarado (2014), “Visual learning strategies to promote literacy skills in prelingually deaf readers”, *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 31, núm. 1, pp. 1-10.
- Herrera, V. *et al.* (2007), “Códigos de lectura en sordos: la dactilología y otras estrategias visuales y kinestésicas”, *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 39, núm. 2, pp. 269-286.
- Lissi, M., K. Svartholm y M. González (2012), “El Enfoque Bilingüe en la Educación de Sordos: sus implicancias para la enseñanza y aprendizaje de la lengua escrita”, *Estudios Pedagógicos*, vol. XXXVIII, núm. 2, pp. 299-320.
- Llorent-García, V. y M. López-González (2010), “Atención educativa a la diversidad. los alumnos sordos en las aulas de Portugal y Turquía”, *Foro de Educación*, vol. 8, núm. 12, pp. 111-123.
- Monsalve, A. (2002), “La compleja apuesta por el bilingüismo en la educación de los niños Sordos”, *Aula Abierta*, núm. 79.

- Morales, A.M. (2007), “Algunas consideraciones para la implementación de políticas educativas para personas sordas en Venezuela”, *Laurus*, vol. 13, núm. 23, pp. 336-349.
- y L. Fraca (2002), “Hacia una política educativa para la enseñanza y el aprendizaje de la lengua escrita en sordos”, *Investigación y Postgrado*, vol. 17, núm. 2, pp. 83-111.
- Muñoz, I.M. *et al.* (2013), “Educación bilingüe del alumnado sordo: pilares para un cambio estratégico”, *Revista de Educación*, núm. 361, pp. 403-428
- ONU (2006), La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Obtenido de: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>
- Paz C. y M. Salamanca-Salucci (2009), “Elementos de la cultura sorda: una base para el currículum intercultural”, *REXE. Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, vol. 8, núm. 15, pp. 31-49.
- Robles-Gómez, M. (2012), “Tendencia educativa bilingüe y bicultural para la educación del sordo. Un nuevo camino hacia la inclusión”, *Unirevista.es*, núm. 1.
- Sacks, O. (1990/2003), *Veo una voz. Viaje al mundo de los sordos*, España, Anagrama.
- SEP (2012), *Orientaciones para la atención educativa de alumnos sordos que cursan la Educación Básica, desde el Modelo Educativo Bilingüe-Bicultural*, México, Editor.
- (2018), *Orientaciones para la implementación de la Estrategia Integral de Equidad e Inclusión Educativa en el Sistema Educativo Nacional para alumnos con discapacidad y con aptitudes sobresalientes*, México, Editor.
- Unesco (1990), Declaración Mundial sobre Educación para Todos y el Marco de Acción para Satisfacer las Necesidades Básicas de Aprendizaje, 1990. Obtenido de: http://www.unesco.org/education/nfsunesco/pdf/JOMTIE_S.PDF
- Unesco (1994), Declaración de Salamanca de principios, política y práctica para las necesidades educativas especiales. Obtenido de: http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_S.PDF

CAPÍTULO X

HACÍA UNA TEORÍA INTERCONDUCTUAL DE LA LENGUA DE SEÑAS

*Christian Israel Huerta-Solano; Julio Agustín Varela-Barraza;
Ana María Méndez-Puga; Francisco Javier Pedroza-Cabrera; Hugo Eduardo Reyes Huerta*

INTRODUCCIÓN

Diversos autores (Luckner *et al.*, 2005/2006) coinciden en que la lectura es una competencia que influye directamente en el desarrollo psicológico, educativo, social y recreacional de cualquier individuo convencional. En el caso de las personas Sordas, la situación no es distinta; sin embargo, de acuerdo con estudios internacionales, su nivel lector no sobrepasa el cuarto grado de educación elemental, sin importar que cursen bachillerato e incluso pregrado (Chall, Jacobs y Baldwin, 1991; Nagy y Scott, 2000; Sénéchal, Ouellette y Rodney, 2006; Traxler, 2000).

Lo anterior no ha resultado ajeno a la psicología, ya que aproximadamente desde 1908 (Paul, 1998) y hasta épocas actuales se han llevado a cabo estudios con la finalidad de conocer el nivel lector del Sordo y, en el mejor de los casos, intervenciones para elevarlo. Entre las principales formas de evaluación e intervención están el uso de vocablos escritos aislados, el uso de ilustraciones, palabras en contexto, lectura labiofacial y, en algunos casos, Lengua de Señas (LS) (Bavelier *et al.*, 2008; Campbell y Wright, 1990; Krakow y Hanson, 1985), resaltando que la mayoría de éstas han sido llevadas a cabo bajo la perspectiva teórica cognitiva, aunque, como se evidencia, el avance no ha resultado del todo significativo, ya que después de décadas, los resultados siguen siendo similares.

Considerando el tiempo aproximado en el que se han llevado a cabo estudios relativos a evaluar o mejorar el nivel lector del Sordo, que en muchos casos no coincide con su nivel de Lengua de Señas, ya que usualmente ésta no es considerada como base lingüística para el aprendizaje de una segunda lengua escrita, retomamos lo expuesto por Kuhn (1962/2004), quien indica que en los periodos normales de la ciencia, el científico se dedica a investigar determinada área del conocimiento y problemas definidos. En caso de no lograr la resolución de éstos,

como sucede con el nivel lector del Sordo bajo el paradigma cognitivo, el experto podría culpar al modelo, sin embargo, deja de lado que en el *corpus* existen anomalías u omisiones, las que con el tiempo generan crisis, que de no resolverse, sobre todo si incumben a necesidades o demandas sociales apremiantes, podrían llevar al rechazo del paradigma vigente.

El modelo cognitivo actual, ante la apremiante necesidad de elevar el nivel lector del Sordo, en muchos casos ha restado importancia a la Lengua de Señas, por lo que ha enfrentado dificultades inherentes al propio *corpus* conceptual. Un aspecto se identifica con el uso de *constructos* tales como conciencia fonológica, acceso a un código fonológico, nivel cognitivo inferior, dificultades en la memoria de procesamiento, espacios mentales (Cruz-Aldrete 2014; Herrera, 2005; Rodríguez, García y Torres, 1997), entre otros. Aunado a lo anterior con una insuficiente conceptualización psicológica y social del sordo y de la Lengua de Señas (LS), centrándose sólo en la revisión del éxito o fracaso de las técnicas administradas, soslayando la fundamentación conceptual de éstas, lo que evidentemente trae consigo la repetición de errores, además de la perpetuación de modelos y constructos sociales, psicológicos y educativos en entorno al Sordo y su Lengua.

BILINGÜISMO Y BICULTURALISMO

Considerando que cualquier desarrollo científico o teoría se llevan a cabo en entornos sociales particulares (Kuhn, 1962/2004) y bajo determinadas necesidades humanas, es necesario acotar dos términos usualmente omitidos, aunque de uso común en las comunidades Sordas, a saber: bilingüismo y biculturalismo.

Abadía *et al.* (2002) indican que, en el sentido estricto, el bilingüismo se refiere “al uso y la competencia lingüística de una persona oyente respecto al uso de dos lenguas orales”, aunque este término en el Sordo hace alusión a su competencia lingüística tanto en la Lengua de Señas como en la lengua oral y escrita dominante. Sánchez López y Rodríguez (1997) agregan que el bilingüismo en el Sordo está asociado a su identidad, diferenciándose entre 1) bilingüismo cultural y 2) bilingüismo monocultural. Es decir, se considera a un Sordo como bilingüe bicultural cuando convive en una Comunidad Sorda y en la sociedad oyente, lo que le permite usar y conocer los valores, tradiciones, lengua de señas y oral de ambas culturas. En el caso del sordo bilingüe monocultural, éste se apropia de la cultura de sólo de uno de los grupos.

Por otro lado, Perales, Arias y Bazdresh (2012) refieren que la cultura del Sordo estaría centrada en la percepción visual, al igual que la Lengua de Señas,

misma que comparte como forma de filiación a la Comunidad Sorda. Procurando una explicación didáctica de esto, Wittgenstein (1980) indica que el tipo de vida influye diferencialmente en el vocabulario que se emplea, por lo que el lenguaje se deriva de y denota nuestras experiencias. Interconductualmente, como se explicará posteriormente, podemos decir que las interacciones que se establecen con los objetos y relaciones van influenciando lo que decimos y cómo lo decimos: los oyentes y sordos *aparentemente* pueden hacer lo mismo, pero lo expresan lingüísticamente de manera diferente; por esta razón, derivado de las diferencias sintácticas y gramaticales que existen entre la Lengua de Señas y cualquier lengua oral o escrita, las interacciones a las que puede o no tener acceso el Sordo, las que incluyen experiencias orales e incluso visuales, es que se entiende que éste se desarrolla en una cultura diferente a la del oyente. Por ejemplo, ante la reciente muerte de un famoso cantante que influyó en la cultura de un país latinoamericano, el Sordo no comprenderá el por qué parte de la población está consternada, ya que nunca ha podido escuchar sus canciones, ni saber por qué las personas le apreciaban tanto. Es decir, el sordo está inmerso en una cultura sonora dominante, la que usualmente se sirve de elementos orales en la mayoría de sus formas de endoculturación (televisión, música, teatro, pláticas, conferencias, etcétera); ante las dificultades que esto le representa, el sordo busca su filiación a la cultura y comunidad Sorda para adquirir elementos culturales de forma visual, lo que incluye sus propios convencionalismos. Considerando esto, se considera necesario enfatizar que tanto las formas de enseñanza como los estudios dedicados a mejorar o evaluar el nivel lector del Sordo evitarían sesgos manteniendo la cultura y la LS como parte fundamental de las variables que influyen tanto en los resultados como en el desarrollo de futuras investigaciones.

Uso medurado de la dactilología en la enseñanza de vocablos escritos y señas

Gascón, Storch y Asensio (2004) definen la dactilología como un sistema auxiliar de comunicación que transmite información mediante el uso de los dedos de la mano. En otras palabras, al configurar y mover, mediante ciertos criterios, los dedos de la mano (izquierda o derecha) se representan letras del alfabeto escrito, que combinados en secuencias conforman vocablos, al igual que lo harían la combinación de letras en su forma escrita para formar una palabra.

Varela, Huerta-Solano y Tello (2017) mencionan que los alfabetos en un inicio fueron empleados por personas oyentes, agregando que la dactilología puede definirse como “un sistema de comunicación basado en el alfabeto latino, en el que cada letra del alfabeto es representada por el movimiento único y discreto de los dedos de la mano”. En la definición anterior se resaltan al menos dos situaciones. La dactilología se trata de un sistema de comunicación,

similar al braille, no de la Lengua de Señas en sí, sirviendo como un auxiliar y, por otro lado; la dactilología está basada en elementos que tienen sus orígenes de la lengua oral, mediante los que se busca cierta equivalencia visogestual para representar el alfabeto escrito como lo hacían ciertas órdenes religiosas que practicaban la regla del silencio.

Así, cobra relevancia evaluar el uso o no de la dactilología, atendiendo a que, en el sentido estricto, se trata de un elemento auxiliar de la Lengua de Señas (LS), y su utilización permite al Sordo el deletreo de letras y vocablos escritos, lo que en ningún momento equivale a que éstos conozcan la palabra, ni el sonido de la letra.

En un estudio previo, que involucraba el uso de ilustraciones, señas y vocablos escritos, además de dactilología, Huerta-Solano (2014) reportó que no hay diferencias en el pre y post que permitieran identificar alguna relación de la dactilología con el conocimiento del participante sobre el significado de los vocablos entrenados, ya que su uso está usualmente restringido a la simple verificación del vocablo respecto a las letras que lo integraban; siempre que la palabra estuviera presente de forma escrita, la cual una vez retirada era difícil de reproducir por los participantes.

Para los participantes Sordos, el uso de la dactilología sólo les permitía imitar en su versión dactilológica aquellas palabras que desconocían, incluso para referir las variaciones morfológicas que pudiera tener un vocablo escrito, sobre todo al ser presentado en una oración, aunque al cuestionárseles sobre su significado y sentido, no los comprendían.

Dicha situación también puede observarse en los trabajos de Padden y Clark (2003), quienes buscaban caracterizar y relacionar el uso de la dactilología durante el discurso de un Sordo y comprensión de la lengua oral y escrita. Los investigadores videograbaron conversaciones de catorce Sordos prelocutivos que habían aprendido la dactilología y la LS a edades muy tempranas, todos con diferente escolaridad, edad y nivel socioeconómico. Se reportó que sólo entre 12 y 35 por ciento de las palabras expresadas mediante dactilología por los Sordos que participaron en el estudio tenían significado y sentido para ellos, las demás eran usadas por convencionalismos impuestos por los oyentes con los que convivían, dado que al no existir referentes de éstas, en LS eran “no interpretables” para ellos.

De forma similar, Sutton-Spence y Woll (1999) reportaron que después de entrevistar a 485 Sordos con un alto nivel de competencia en la LS, el uso u omisión de la dactilología mancomunada al conocimiento del vocablo y concepto estaba asociada a cuatro factores: el género, la región, la forma de escolarización y la edad del participante, aunque ésta dependía sustancialmente de la existencia o

no del vocablo en LS, lo que finalmente llevó a cuestionar el tener como variables asociadas la edad y el género del participante.

Los investigadores reportaron que los participantes más jóvenes, que habían sido escolarizados primordialmente por medio de la LS, usaban la dactilología para referir conectivos (*in, at, over, behind*, etcétera) y auxiliares de tiempos verbales (*do, does, would*, etcétera), siempre que les fuera más sencilla la comunicación con sus interlocutores oyentes, aunque para ellos, éstos carecían de sentido e incluso de significado. Los participantes adultos utilizaban aún más la dactilología, siempre que conocieran el significado de la palabra “deletreada manualmente”, considerando que su educación había sido mayormente oralizada.

Respecto a lo anterior, se observan al menos tres situaciones: el uso de la dactilología contribuye al aprendizaje del vocablo de forma escrita, mas no es suficiente para aprender el concepto asociado a la palabra, puesto que el estudiante Sordo sólo podrá leer y comprender los vocablos que conoce en su lengua, pero no aquellas palabras que no existen en ésta.

Además, el uso de la dactilología sirve sólo como auxiliar para generar una equivalencia motora-gestual-visual ante las palabras escritas, lo que no es igual a “convertirlas” en Lengua de Señas, puesto que no son interpretables en LS, ya que continúan sin señas convencionalizadas que permitan su comprensión al Sordo, entendiendo que sólo se hace una transliteración de una lengua que no es Lengua de Señas, sino castellano. Por otro lado, existen estudios (Padden 1998; Schembri y Johnston, 2007) que documentan la importancia de la dactilología para aprender vocablos de forma aislada, sin embargo, ofrecen escasos resultados al verificar la comprensión de éstos en la conversación mediante señas, pero sobre todo ante la lectura de un texto.

Expuesto lo anterior, se considera importante hacer uso de la dactilología como un auxiliar, mas no como un elemento presente en los tratamientos, ya que en todo caso sería necesario ampliar la investigación en lengua castellana y Lengua de Señas Mexicana para conocer o no sus beneficios, lo cuales, al menos en otras Lenguas de Señas, no han sido del todo avalados (Battison 1978; Cormier, Schembri y Tyrone, 2008; Valli y Lucas, 1992). Es decir, usualmente se hace alusión a equivalencias “visuales-fonológicas” (Schembri y Johnston 2007), aunque la finalidad de la dactilología es expresar viso-gestualmente las palabras escritas, que no son LS, más no su sonoridad.

Se aclara que en ningún momento se desacredita el uso de la dactilología en las investigaciones, ya que puede resultar un excelente auxiliar para poner en contacto a los sordos con los vocablos escritos, siempre que se tenga presente que el sordo está deletreando la palabra en otra lengua que no es LS (Varela *et al.*, 2017).

FONOLOGÍA VISUAL VS ACTUAJE

Cruz-Aldrete (2014) explica que la fonología visual se refiere “a los rasgos no manuales que forman parte de la seña”, verbigracia, el cabeceo, inflar las mejillas, distensión de los labios, considerando que el signo está formado por una secuencia de segmentos, movimientos y pausas, simultaneidad y secuencialidad de la LS durante su uso. Sin embargo, de acuerdo con la Real Academia Española (RAE, 2014) la fonología se refiere “a la parte de la gramática que estudia cómo se estructuran los sonidos y los elementos suprasegmentales de una lengua para transmitir significados”. Considerando la etimología de la palabra fonología, *phonos* haría referencia a “sonido” y *logos* “estudio de”, aunque agregando el sufijo *-ia* ésta sería sinónimo de cualidad o acción.

Por consiguiente, al hablar de fonología en la Lengua de Señas (LS) se estaría aludiendo a cualidades o acciones sonoras de una lengua que, en consonancia con otros autores (Cruz-Aldrete, 2014; Goldin-Meadow y Mayberry, 2001; Paul, 1998), tiene elementos primordialmente visuales, además de una gramática y sintaxis distinta a la lengua oral. Bajo este argumento, aludir que la LS tiene *fonología visual* resulta tan contradictorio como decir que un sordo escucha con los ojos, lo que “metafóricamente” es “verdadero”, aunque en el ámbito científico esta afirmación ha tenido ciertas repercusiones, ya que se hace uso de términos lingüísticos, no psicológicos, para tratar de explicar elementos que forman parte de la misma LS como separados de ésta, tal como si se tratara de una lengua oral, resultando contradictorio, ya que no es posible usar los mismos elementos de análisis para dos lenguas que son distintas tanto en su modo lingüístico como en su modalidad, como se lee a continuación.

A partir del modelo interconductual, Varela *et al.* (2001) retoman el concepto de modo lingüístico en el análisis de las interacciones lingüísticas. Así, al referir el concepto de modo lingüístico, los autores indican la categorización de modos conductuales relacionados con la práctica lingüística y desarrollados ontogenéticamente, además de ser diferenciables entre sí basándose en su morfología, considerando el medio de ocurrencia que les caracteriza (vgr. acústico, fótico, etcétera) y, por otro lado, los sistemas de reacción implicados (p. ej., fonador-vocal, auditivo, etcétera). Es decir, los modos lingüísticos, en el modelo interconductual, no están determinados por la modalidad sensorial de su ocurrencia, sino por la dimensión lingüística en que se emite.

Es importante aclarar que tanto el término *modo* como *modalidad* se refieren a *forma*, aunque en el modelo de Kantor no se realiza una clara distinción, Varela (2008) propone que *modalidad* (visual, táctil, cenestésica, etcétera) se emplee

para referirse a los parámetros de un estímulo *y modo* (observar, escuchar, señalar, dibujar, leer, etcétera) a las diferentes formas en que ocurre una conducta lingüística. Verbigracia, al mostrar una ilustración a una persona, ésta atenderá bajo una modalidad visual, en modo observación. En otras palabras, al aludir a fonología visual en la LS se afirma que una persona sorda emite sonidos (modalidad) cuando seña (modo), lo que podría explicar por qué se sigue tratando a los estudiantes sordos como oyentes que no pueden oír (Paul, 1998).

Fuentes y Ribes (2001) indican que la complementariedad de los modos lingüísticos es en forma de diadas y está presente en la evolución de las interacciones psicológicas. Por su parte, Varela (2013) adiciona que en la teoría interconductual se distinguen los *tipos* de lenguaje, o *modos lingüísticos*, destacando observar, gesticular, hablar, leer y escribir, clasificados en un trabajo anterior del mismo autor (Varela *et al.*, 2001); al considerar como un intento limitado y no exhaustivo a la conducta lingüística, el investigador propone una nueva clasificación respecto a las modalidades sensoriales con los modos lingüísticos, de la cual se destaca el concepto de *actuaje*, tomando en cuenta que en la mayor parte de las posturas en psicología existe una clara diferenciación entre imaginar, decir, escribir, hacer gestos y ademanes, incluso se analizan y explican dichas actividades considerando categorías diferentes, de manera tal que en pocas ocasiones se pueden asociar dos o más de estas actividades en un mismo concepto.

Por lo tanto, Varela (2001) hace necesaria la síntesis de diversos aspectos, aludiendo que los gestos son expresiones (movimientos) de la cara para denotar un estado o afección (v. gr. alegría o asco); los ademanes se usan para los movimientos realizados con las manos y brazos, como lo es el movimiento de la mano al saludar; lo mismo sucede con la mímica, referida a movimientos que implican imitación. Sin embargo, al no existir un término que incluya la actividad motora-gestual-ademán-mímica, propone que, dado que en castellano el sufijo *-aje* se añade para formas un colectivo como la palabra lenguaje, se emplee el término *actuaje* para referirse a cualquiera de las actuaciones antes descritas.

Por lo tanto, el término *actuaje* sería equivalente a señalar, ya que como modo lingüístico implica elementos motores-gestuales-ademanes-mímicos, y desde una perspectiva psicológica interconductual, el constructo de fonología visual debería ser revalorado, puesto que los rasgos no manuales también forman parte de la seña. Así, el *actuaje* (señar), teniendo como modo complementario la observación, siguiendo la forma de diadas propuesta por Fuentes y Ribes (2001), resulta congruente ante la modalidad visual de la Lengua de Señas y la forma en que aprenden ésta las personas sordas, lo que en ningún caso implica elementos fono-

lógico-visuales, los que en sí mismos ya resultan contradictorios, como se indicó anteriormente.

¿TONO EN LA LENGUA DE SEÑAS?

Otro elemento usualmente añadido al analizar la fonología visual de la lengua de señas es el denominado *tono*, entendido como “las actitudes gestuales que no aportan estrictamente un significado gramatical” (Cruz-Aldrete, 2014), sin embargo, permiten que el “personaje” o interlocutor infiera el sentido de la conversación (enojado, triste, molesto, etcétera). Etimológicamente, el vocablo *tono*, del latín *tonus*, alude a la tensión ejercida sobre una cuerda bucal, instrumento y, en casos concretos, al acento añadido a la sílaba de una palabra (RAE, 2014).

Al igual que en la fonología visual, al hablar de tono en la lengua de señas no se hace sino añadir elementos “sonoros” a una lengua que, como ya se indicó, tiene un modo y una modalidad no oral, por lo que con el afán de lograr un lenguaje científico y unívoco (Ribes, 2001), el término *actuaje* (Varela, 2008) podría ser preferentemente utilizado para referirse a los elementos que constituyen una seña, lo que incluye el “tono”, siendo congruente con el modo y modalidad de ésta, al igual que con el análisis psicológico del acto lingüístico, como se explicará *a posteriori*, evitando hacer uso de *constructos* provenientes de la lingüística y de la hipótesis de la vía dual, lo que ha ido en detrimento del análisis y uso de la LS.

ACERCA DEL MODELO INTERCONDUCTUAL

Aunque ya se han referido algunos elementos correspondientes al paradigma interconductual, se considera pertinente referir que éste surge como alternativa a los enfoques existentes (p. ej. psicoanálisis, funcionalismo, psicofísica y estructuralismo) en la segunda década del siglo xx, desarrollando un marco conceptual propio, considerando que los postulados teóricos de Kantor (Varela, 2008) son previos al modelo causal conductista (E R) desarrollado por Skinner en 1938. El modelo de Kantor parte del concepto de campo interconductual, sustentando los eventos psicológicos por medio de interrelaciones sincrónicas, no lineales, además de que se plantea que la psicología debe estudiar exclusivamente *el comportamiento individual*, coincidiendo con el análisis experimental de la conducta (AEC), aunque considerando las dimensiones funcionales del análisis conductual, siendo su objeto de estudio “la interacción del organismo con objetos, eventos u

otros organismos, así como con sus cualidades y relaciones específicas” (Kantor y Smith, 1975/2015).

El modelo interconductual es naturalista, por lo que el constructo de mente se considera como un “mito científico”, lo que resulta opuesto al modelo cognitivo, que tiene como objeto de estudio lo mental, “procurando conocer cómo el ser humano adquiere, representa, transforma, almacena, recupera y utiliza información sobre el mundo que le rodea” (Gallego-Badillo y Miranda, 1997), siendo una adaptación del modelo de la cibernética para tratar de explicar actos humanos en términos psicológicos. En el caso de la lengua y la escritura, lo cognitivo se refiere a cómo éste almacena, recupera, reconoce, comprende, organiza y hace uso de los vocablos (escritos, orales, signados) a través de sus sentidos, omitiendo, en muchas ocasiones, su deficiencia auditiva. Destaca que el modelo cognitivo permite explicar cómo una persona oyente aprende a leer e incluso comunicarse mediante el desarrollo de la “conciencia fonológica”. Sin embargo, bajo dicha perspectiva no se explica cómo una persona que carece de consciencia fonológica, siendo el caso de los Sordos, lo hace.

HACÍA UNA TEORÍA INTERCONDUCTUAL DE LA LS

Kantor y Smith (1975/2015) argumentan que la vida conductual es continua mientras que un organismo esté vivo, aunque para cumplir con ciertos requerimientos científicos respecto al aislamiento de una unidad en un hecho observacional, se hace uso del concepto de segmento interconductual, referido al campo en el que el organismo interactúa con otros organismos, propiedades, relaciones u objetos, considerando que las acciones del estímulo y de la respuesta son una sola unidad ($E \leftrightarrow R$).

Así, al hablar de función de estímulo (f_e) se alude a cómo el objeto estimulante (persona, cosa o relación) se intercomporta con el organismo. Sin embargo, no en todos los casos la función de estímulo puede estar conectada en absoluto a un movimiento visible o a un acto (agitar la mano, mover los pies, dar una respuesta verbal oralizada), aunque se puede sustentar su acción u operación sobre el organismo. Es decir, se entiende que la acción por parte del objeto radica en que es recíproca con una acción por parte del organismo en un campo interconductual, por lo que cualquier función de estímulo está ligada a la actividad de un individuo particular. Por consiguiente, en tanto el organismo no haya tenido contacto conductual con los objetos, ninguno hace nada respecto al otro. Por ejemplo, una persona sorda que nunca ha interactuado con el vocablo (escrito o señado)

“tranquilo” o lo que significa dicho estado, no podrá ejecutar acción alguna con el hecho de sólo mostrarle la palabra escrita o señársela. Sin embargo, si se le enseña a la persona qué hacer al momento de mostrarle o señarle el vocablo, cuando interactúe con éste, bajo uno u otro modo, podrá responder al interactuar con el mismo. Es este punto, el vocablo (señado o escrito) “tranquilo” se ha convertido en un objeto psicológico, dado que ha adquirido funciones de respuesta (fr) en tanto objeto de estímulo.

De esta forma cualquier cosa, relación, situación u organismo puede convertirse en objeto de estímulo. Por lo tanto, mientras el Sordo no esté en contacto con la Lengua de Señas, ilustraciones, videos, acciones, vocablos escritos, sintaxis y gramática de la lengua escrita, no podrán convertirse en objetos psicológicos para éste, lo que delimitará su desarrollo psicológico en términos del aprendizaje de nuevas funciones de respuesta.

Por otro lado, Kantor y Smith (1975/2015) refieren que al igual que en el estímulo, en el que el factor básico no es el objeto sino la función, en la respuesta lo más importante es la función de la respuesta. Ribes y López (1985) añaden que la función de estímulo y de respuesta no pueden ser fraccionadas, dado que se constituyen como función de estímulo-respuesta, lo que en ningún momento implica que mecánicamente el objeto afecte al organismo o viceversa, sino que ambos se afectan recíprocamente.

INTERCONDUCTA LINGÜÍSTICA EN LA LS

Una vez explicados los conceptos de fe-fr, Kantor y Smith (1975/2015) refieren que en la *interconducta lingüística* el individuo interactúa ante dos objetos de estímulo, lo que permite distinguir dos tipos de campos comunicativos, siendo 1) el referencial, en el que el individuo interactúa con dos objetos de estímulo simultáneamente, y 2) el simbólico, en el que el sujeto interactúa con un solo objeto de estímulo, pero en dos SEGMENTOS conductuales diferentes.

En el caso que nos ocupa, se asume que en la interconducta lingüística relativa a la LS, la unidad de análisis es el segmento conductual que debe corresponder a un tipo de *comportamiento comunicativo*, en el que una persona (referidor) interactúa con dos objetos de estímulo, siendo uno a quien se le seña (referido) y el otro de lo que se seña (referente).

Cabe aclarar que el seña, como cualquier acto lingüístico, es convencional, por lo que cuando un Sordo hace uso de la Lengua de Señas es posible identificar que determinada seña puede corresponder a la Lengua de Señas Mexicana (LSM),

Lengua de Señas Americana (ASL) u otra, lo que incluye modismos. Es decir, la organización específica en la posición manual, los dedos, la alternancia de una o ambas manos, la gesticulación facial y diversos movimientos corporales y faciales es por convención, no debido a meras arbitrariedades, siendo más o menos similar entre los Sordos que usan una determinada Lengua de Señas (LS). Por consiguiente, cuando se alude al concepto de la LS como conducta psicológica, no implica llanamente cualquier tipo de gesticulaciones o movimientos manuales, sino al conjunto total de actos que se hacen con un *fin comunicativo*. Un contraejemplo ocurre cuando a una persona Sorda que lleva en sus manos un pastel, tropieza, se le resbala y cae al piso. El Sordo, entre muchas *actividades*, puede agitar las manos, ponerlas al frente para no herirse al caer, gesticular, taparse la cara o inflar las mejillas. Sin embargo, a pesar de tratarse de *acciones* comunes en la conducta habitual de una persona que cae, no significa que se trate de una conducta verbal, dado que ésta no es referencial, puesto que no está interactuando con dos objetos de estímulo (referido y referente), por lo que sólo se considerarían movimientos de manos, mímica y gesticulaciones. Es decir, en el interconductismo se puede afirmar que toda conducta verbal comunicativa (no limitada a lo sonoro) es psicológica, lo que incluye el uso de la LS (Kantor, 1975/2015), pero no en todos los casos los actos son *conducta referencial* (interactuando con un referido y un referente), por lo que no se podría considerar como un acto lingüístico comunicativo, situación contraria a lo que sucede en diversos estudios bajo el paradigma cognitivo (Hirsh-Pasek *et al.*, 1987), en los que simples expresiones faciales, gestos o mímicas son considerados como actos comunicativos y en el peor de los casos como Lengua de Señas o “signos”, aunque éstos carezcan de convencionalidad y referencialidad.

LA INTERCONDUCTA LINGÜÍSTICA EN LA LS A PARTIR DE LA PROPUESTA DE RIBES Y LÓPEZ

Reconociendo la importancia de la Lengua de Señas como base lingüística para el aprendizaje de la lectura en estudiantes Sordos, además del reconocimiento de ésta como lengua, retomamos los aportes hechos por Ribes y López (1985) respecto a la interconducta lingüística, dado que estos investigadores agregan algunos conceptos fundamentales como extensión al sistema conceptual planteado por Kantor (Kantor y Smith, 1975/2015).

Entre los elementos a considerar, se encuentra el concepto de sistema reactivo convencional, que puede ilustrarse si durante una evaluación de identificación de

vocabulario mediante ilustraciones el investigador muestra al Sordo una tarjeta con la instrucción “Selecciona la ilustración correspondiente al vocablo reloj”, especificando que el examinador usa dicho medio porque no conoce la LS. El participante “aparentemente” lee la tarjeta, aunque en realidad el Sordo sólo conoce la Lengua de Señas y no el castellano escrito, por lo que lo que leer le resulta incomprensible, así que responde usando la LS, pidiéndole que le explique qué es lo que quiere que haga; el examinador queda estupefacto ante los actos del Sordo, ya que no comprende las señas y sólo le observa “mover las manos y hacer gestos”. Dicho intercambio, por la forma en que se presenta, en apariencia es lingüístico, pero en la propuesta interconductual no es posible considerarlo como tal, ya que el *sistema reactivo convencional* con el que tanto el Sordo como el investigador actúan es producto de diferentes acuerdos convencionales (LS y castellano escrito) y por consecuencia, ante el desconocimiento de ambos respecto al sistema reactivo del otro (con el que interactúan), es imposible que se *comporten lingüísticamente*, aunque, si bien es cierto que desde algunas posturas teóricas y lingüísticas se podría argumentar que tanto el participante Sordo como el investigador tienen una Lengua (Sistema Reactivo Convencional), en ningún momento esto determina que ambos puedan responder a “lenguas” que tienen sistemas reactivos diferentes, es decir, divergencia de acuerdos convencionales.

Por otro lado, Ribes y López (1985) indican que en la función sustitutiva referencial es necesaria la interacción de un referidor (quien habla o seña), con un referido (el que escucha u observa) y el referente (lo que se habla, seña, escribe, etcétera). Partiendo de que en las respuestas lingüísticas se requieren dos individuos, dicho concepto podría ilustrarse con el siguiente ejemplo. *X* y *Y*, ambos Sordos y usuarios de la LS, quieren asistir a una función de teatro con sombras. *X* decide asistir y regresa al tiempo con *Y* muy complacida por lo que vio en el espectáculo. *Y* estaba muy interesado en asistir, incluso había comprado su boleto, pero por cuestiones de trabajo le resultó imposible en el momento en que fue *X*. Sin embargo, quiere saber por qué *X* está tan contenta. En este momento *Y* tiene dos opciones: asistir al evento o pedirle a *X* que se lo platique (señe). En caso de que *X* le platique sobre la función de teatro a *Y*, implica que lo *medie o ponga* en contacto con los acontecimientos de la obra, los acontecimientos con los que interactuó y las personas con las que convivió ese día, incluso hasta los sentimientos que experimentó. Es decir, mediante el acto (mediación) de *X*, *Y* podrá sustituir las contingencias de la función de teatro de sombras, exponiéndose, concretamente, a las contingencias de lo que le platique *X*; así es posible indicar que en la propuesta interconductual se afirma que se sustituyen las relaciones de contingencias y no el evento (función de teatro de sombras) como se indicaría

en la teoría tradicional (Varela, 2008). Es decir, *Y* en ningún momento de la interacción sustituye el evento, sino únicamente es mediado por las relaciones de contingencia a las que estuvo expuesta *X*.

Consecuentemente, es posible decir que el lenguaje extrasituacional, lo que incluye el uso de la LS, consiste en interactuar con un objeto de estímulo no presente a partir de las propiedades convencionales de dichos objetos. Lo cual indica la necesidad de que la respuesta de *X* y *Y* posea una propiedad convencional o arbitraria. En caso de que el objeto esté presente, se responde tanto por sus propiedades físicas como a las convencionales. *Exempli gratia*, El Sordo, frente a una mesa, respondería tanto a la señal “mesa” (propiedades convencionales atribuidas) como a las propiedades físicas del mueble en particular. Cabe aclarar que en el acto lingüístico intrasituacional no hay sustitución de contingencias, puesto que se responde ante los objetos, personas y/o relaciones presentes, es decir, se señala acerca de lo que está presente en ese momento, a menos de que se señale sobre eso en otro tiempo o circunstancias diferentes a las del referidor y el referido, lo que haría alusión al primer caso.

Tomando en cuenta lo anterior es posible afirmar que la convencionalidad de la Lengua de Señas, en tanto sistema reactivo, facilita el desligamiento de las respuestas comprendidas en dicho sistema respecto a las características físico-químicas, ecológicas y biológicas, es decir, que no está sujeta a realizarse sólo en presencia de los objetos, eventos y sus propiedades ante los cuales responde, ya que ésta puede ocurrir en ausencia de éstos, entendiendo que el desligamiento de la respuesta es posible dada la convencionalidad de la misma LS. Así, desde la propuesta teórica interconductual es posible considerar que la Lengua de Señas cumple con las características de un sistema reactivo convencional, por lo tanto los usuarios de la misma están posibilitados para responder a eventos presentes, pasados y futuros, además de relaciones no aparentes en un evento u objeto observado antes, lo que en ningún momento equivale a “llenar” espacios mentales con entes o agentes virtuales transcorpóreos en escenarios mentales (Cruz-Aldrete, 2014), ya que tan sólo se trata de una relación lingüística (Ribes, 2001), reiterando que la interacción referencial (extrasituacional) no es una mera sustitución de eventos por medio del lenguaje, por el contrario, es una sustitución de las relaciones de contingencia que implican las intervenciones lingüísticas con los eventos o personas.

En resumen, la sustitución referencial consiste en la transformación de contingencias que dependen de las propiedades físico-químicas de los objetos, relaciones o eventos en contingencias a las que ahora se responde de manera convencional, desligadas de las primeras; por consiguiente, se puede afirmar que

la interacción lingüística por medio de la Lengua de Señas, a diferencia de lo afirmado en estudios diversos estudios (Baker y Padden, 1978; Brennan, 1987), puede darse como interacción con los objetos y eventos presentes o no, cuando se responde de manera convencional como comportamiento lingüístico.

DISCUSIÓN

Retomamos lo argumentado por Kuhn (1962/2004), quien refiere que al hablar de paradigma, como ejemplar, se hace referencia al consenso en la comunidad científica respecto a la naturaleza y objeto de cierta disciplina, entendiendo que la operación de dicho ejemplar constituye a su vez la tradición científica, es decir, cuáles son los problemas y cómo resolverlos.

Lo anterior cobra relevancia al tomar en cuenta que a pesar de existir más de cien años de tradición en investigación respecto a la Lengua de Señas, incluyendo la dactilología, el cómo enseñarla y lograr que ésta adquiera un estatus de Lengua que propicie el desarrollo psicológico de las personas Sordas, al menos con argumentos teóricos y empíricos actuales, no se ha logrado (Paul, 1998). Por lo que se considera que la investigación en este rubro ha quedado estancada, ya que se ha generalizado la aceptación tácita de modelos lingüísticos cognitivos, cibernéticos y del procesamiento de información, lo que incluye enseñar la dactilología como LS y no como un auxiliar, lo que poco tiene que ver con la realidad lingüística del sordo; de ahí el transmutar conceptos sonoros a una lengua predominantemente visual (Cruz-Aldrete, 2014).

Si bien se reconoce la labor realizada en dichas investigaciones, en las que se ha logrado conocer la problemática que muchas personas Sordas experimentan al procurar mejorar su nivel lector, se observa la necesidad de unificar un lenguaje científico en el área, ya que desafortunadamente la falta de consenso ha propiciado la diversificación de constructos que han contribuido a seguir estudiando la LS y su relación con la enseñanza de la lectura al Sordo, pero han propiciado confusión en el estudio empírico de la Lengua de Señas como conducta lingüística.

En términos kuhnianos, el estudio de la Lengua de Señas (LS) se encontraría en un periodo preparadigmático, dada la divergencia de constructos y transmutaciones categoriales para tratar de adaptar su estudio al de diversas teorías (Jakobson, 1976; Colle, 2002; Pérez, 2005, en Cruz-Aldrete, 2014); aunque han llevado a cabo un exhaustivo esfuerzo por recolectar “datos”, los conceptos entre sí son inconmensurables, lo que también parcializa sus hechos.

Se observa la necesidad de revisar algunas de las teorías actuales que procuran conceptualizar la lengua de señas (Oviedo, 1996; Liddell, 1998 en Cruz-Aldrete

2014) a partir del estudio y demostración de las insuficiencias lógicas y empíricas, lo que puede tener como resultado que el ejemplar actual entre en un periodo de crisis (Kuhn, 1962/2004).

Así, a partir de la propuesta interconductual sobre la Lengua de Señas, lo que se busca es la adopción de un paradigma y un método con conceptos de referencialidad empírica que amparen la lógica sobre la naturaleza psicológica de la Lengua de Señas como tal, si bien retomando el análisis sintáctico y gramatical de la LS, pero destacando la función que ésta ejerce para el desarrollo psicológico de la personas Sordas, evitando hacer uso de elementos auspiciados en errores categoriales (Ryle, 1949), tales como entidad tridimensional, espacio mental, espacio discursivo en curso, entre otros (Poulin, 1985; Fridman-Mintz y Liddell, 1998 en Cruz-Aldrete, 2014), lo que tampoco puede ser ajeno a los aspectos relativos a la historia interna y externa (Ribes, 2001) de la conceptualización y uso de la LS.

CONCLUSIONES

Ante los planteamientos expuestos, se considera necesario reformular la conceptualización actual que se tiene de la Lengua de Señas, lo que incluye las teorías y constructos adoptados de otras áreas del conocimiento e incluso del lenguaje ordinario. Entendiendo que la descontextualización de una teoría, omitiendo la historia y fundamento de diversos conceptos aludidos en ésta, también retrasan o hacen imposible el progreso científico en determinada área del conocimiento. Es decir, avalar el uso de la Lengua de Señas como conducta lingüística, lo que incluye el desarrollo psicológico de la persona Sorda, no depende, en todos los casos, del perfeccionamiento de pruebas o elaboración de conceptos para falsear o verificar esto, sino del análisis lógico de la problemática, conceptualizarla de forma adecuada y verificar su historia de uso, para conocer cuál fue el concepto inicial y cómo se ha modificado.

Por otro lado, se hace necesario un cuestionamiento de los hechos y conceptos (Ribes, 2001) de cierta disciplina, teniendo en cuenta que el omitir o seguir haciendo uso, incluso ahistórico, de ciertos conceptos y constructos en el estudio de la Lengua de Señas en la psicología puede devenir en la consecución de falsos dilemas y errores lógicos (Carpio y Bonilla, 2003; Ribes, 2001), observando que el análisis de las teorías actuales que tratan de explicar el uso de la Lengua de Señas, ajeno al desarrollo psicológico de la persona sorda, pueden revelar los errores categoriales que poco a poco se han convertido en axiomas para la comunidad Sorda y científica que estudia dicho fenómeno. En otras palabras, se ha

continuado trabajando en falsos problemas y encrucijadas teóricas que, de no ser reformuladas y unificadas en pos de mejorar la inclusión de las personas Sordas, poco aportarán al reconocimiento de la LS como un elemento esencial para el desarrollo psicológico del Sordo.

FUENTES CONSULTADAS

- Abadía, Ma. *El al.* (2002), *Guía de Educación bilingüe para niños y niñas Sordos*, Madrid, CNSE.
- Baker, C. y C. Padden (1978), *ASL: a look at its history, structure and community*, Silver Spring, MD, TJ Publishers, Inc.
- Battison, R. (1978), *Lexical borrowing in American Sign Language*, EUA, Linstok Press.
- Bavelier, D. *et al.* (2008), "Ordered short term memory differs in signers and speakers: Implications for models of short term memory", *Cognition*, núm. 107, pp. 433-459.
- Brennan, M. (1987), "British Sign Language: The Language of the Deaf Community", en Booth y Swann (eds.), *Including pupils with disabilities: curricula for all*, Milton Keynes, Open University Press.
- Campbell, R. y H. Wright (1990), "Deafness and immediate memory for pictures: Dissociations between inner speech and the inner ear?", *Journal of Experimental Child Psychology*, núm. 50, pp. 259-286.
- Carpio, C. y M. Bonilla (2003), "La disputa cuantitativo-cualitativo en ciencias sociales: Un falso dilema", *Revista Iberoamericana*, núm. 11, pp. 11-19.
- Chall, J., V. Jacobs y L. Baldwin (1991), *The reading crisis: Why poor children fall behind*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Cormier, K., A Schembri y M.E. Tyrone (2008), "One hand or two? Nativisation of fingerspelling in ASL and BANZSL", *Sign Language and Linguistics*, vol. 11, núm. 1, pp. 3-44. doi:10.1075/sl&cl.11.1.03cor
- Cruz-Aldrete, M. (2014), *Manos a la obra*, México, Bonilla Artigas Editores-Universidad Autónoma de Morelos.
- Fuentes, M. y E. Ribes (2001), "Un análisis funcional de la comprensión lectora como interacción conductual", *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje*, núm. 9, pp. 181-212.
- Gallego-Badillo, R. y R. Pérez Miranda (1997), *La enseñanza de las ciencias experimentales*, Bogotá, Cooperativa Editorial Magisterio.
- Gascón, A., G. Storch y J.G. Asencio (2004), *Historia de la educación de los Sordos en España y su influencia en Europa y América*, Madrid, Editorial universitaria Ramón Areces, Colección Por más señas.

- Goldin-Meadow, S. y R. Mayberry (2001), "How do profoundly deaf children learn to read?", *Learning Disabilities Research & Practice*, vol. 16, núm. 4, pp. 222-229.
- Herrera, V. (2005), "Adquisición temprana de lenguaje de signos y dactilología", *Revista Psicopedagógica*, vols. 77-78, núm. 13, pp. 2-10.
- Hirsh-Pasek, K. y R. Treiman (1987), "Recoding in silent reading: Can teh deaf child traslate print into a more manegeable form?", *Volta Review*, vol. 84, núm. 5, pp. 71-82.
- Huerta-Solano, C.I. (2014), *Enseñanza de vocablos aislados y en contexto mediante un método basado en las características de los participantes Sordos*. Tesis de Maestría. Universidad de Guadalajara.
- Kantor, J. y N. Smith (1975/2015), *La ciencia de la psicología: Un estudio interconductual*, México, Universidad de Guadalajara.
- Krakov, R.A. y V.L. Hanson (1985), "Deaf signers and serial recall in the visual modality: Memory of signs, fingerspelling, and print", *Memory and Cognition*, núm. 13 pp. 265-272.
- Kuhn, T.S. (1962/2004), "Prioridad de los paradigmas", en A. Contín (ed.), *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 79-90.
- Luckner, J.L. et al. (2005/2006), "An examination of the evidence-based literacy research in deaf education", *American Annals of the deaf*, núm. 150, pp. 443-456.
- Nagy, W.E., y J.A. Scott (2000), "Vocabulary process", en M.L. Kamil et al. (eds.), *Handbook of reading research*, Mahwah, NJ, Erlbaum, pp. 269-284.
- Padden, C. (1998), "The ASL Lexicon", *Sign Language and Linguistics*, núm. 1, pp. 39-60.
- y D. Clark (2003), "How the alphabet came to be used in a sign language", *Sign Language Studies*, vol. 4, núm. 1, pp. 10-33.
- Paul, P. (1998), *Literacy and deafness: The development of Reading, Writing, and literature thought*, Boston, MA, Allyn y Bacon.
- Perales, C., E. Arias y M. Bazdresh (2012), "Enseñanza bilingüe y bicultural para niños Sordos en el nivel de primaria", *Revista Latinoamericana de educación Inclusiva*, vol. 6, núm. 2, pp. 43-63.
- Real Academia Española (RAE) (2014), *Diccionario de la lengua española*, 24ªed. Consultado en: <http://www.rae.es/rae.html>
- Ribes, E. y F. López (1985), *Teoría de la Conducta*, México; Editorial Trillas.
- Ribes, E. (2001), *Psicología general*, México, Editorial Trillas.
- Ryle, G. (1949), *The Concept of Mind*, Nueva York, Barnes & Noble.
- Sánchez-López, P. y R. Rodríguez (1997), *Bilingüismo: Bases para la intervención psicológica*, Madrid, Síntesis.
- Schembri, A. y T. Johnson (2007), *Lenguaje y sociedad: Sordos y sus lenguas de señas*, París, Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

- Sénéchal, M., G. Ouellette y D. Rodney (2006), "The misunderstood giant: On the predictive role of early vocabulary to future reading", en D. Dickinson y S. Neuman (eds.), *HandBook of early literacy research*, Nueva York, Guilford Press, vol. 2, pp. 173-182.
- Sutton-Spence, R. y B. Woll (1999), *The Linguistics of British Sign Language: An Introduction*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Traxler, C.B. (2000), "The Stanford Achievement Test, 9th edition: National norming and performance standards for deaf and hard of hearing students", *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, núm. 5, pp. 337-348.
- Valli, C. y C. Lucas (1992), *Linguistics of American Sign Language: An introduction*, 3a ed., Washington, DC, Gallaudet University Press.
- Varela, J. *et al.* (2001), "Cinco tipos de transferencia de la dimensión lingüística basada en las propiedades morfológico-geométricas de los estímulos", *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, núm. 27, pp. 363-284.
- Varela, J. (2008), *Conceptos básicos del interconductismo: para entender el interconductismo*, México, Universidad de Guadalajara.
- (2013), "Acerca de los modos lingüísticos: su definición, clasificación y relación con las nociones de espacio y tiempo", *Conductual*, vol.1, núm. 3, pp. 4-21.
- Varela, J., C.I. Huerta-Solano y O. Tello (2017), "Apuntes para una teoría de la Lengua de Señas", *Revista Conductual*, vol. 5, núm. 2), pp. 75-98.
- Wittgenstein, L. (1980), *Remarks on the Philosophy of Psychology*, vol.1, Oxford, Basil Blackwell.

DESAFÍOS DEL PSICÓLOGO DEL DEPORTE EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES

Alexandra Valadez Jiménez; Isaac Uribe Alvarado

En el presente capítulo se da cuenta de los principales retos, dificultades y desafíos a los cuales lo y las psicólogos del deporte y, en particular, la psicología del deporte como profesión deben enfrentar. Se parte de la visión particular de quienes escriben este texto, de sus experiencias y su análisis de las diferentes posturas teóricas y metodológicas en esta área de la psicología, siempre desde una postura crítico reflexiva. Inicialmente el capítulo tenía la intención de centrarse en las dificultades a las que, los y las profesionales de la psicología del deporte se enfrentan en el trabajo con entrenadores y entrenadoras, sin embargo, dicha problemática se enmarca en otra de mayor envergadura y, cuyo análisis, comprensión y solución coadyuvarán a hacer frente a los retos futuros de la especialidad, incluyendo el trabajo con el entrenador y otros miembros del sistema deportivo.

Al igual que como ha pasado con la psicología desde el siglo XVIII que ha enfrentado la necesidad de especificar su papel y su rol para consolidarse como disciplina científica, la psicología del deporte está pasando por un proceso de definición y consolidación de su identidad (Vicente, 2017). Si bien, desde los años 1895 y 1898 se reportan los primeros estudios en los que se relacionan aspectos psicológicos en deportistas (Fitz, 1895; Triplett, 1898), no es sino hasta que la Asociación Americana de Psicología, en 1986 incluye a la psicología del deporte y la actividad física en la sección 47 como un área de especialización de la psicología que esta cobra mayor auge, incluso a partir de ese año se le conoce como el periodo de *reconocimiento oficial* (Peréz y Estrada, 2015). Aunque el reconocimiento en México es aun relativamente nuevo, cada vez es mayor el número de personas e instituciones que comprenden que no sólo hace falta una preparación física, técnica y táctica sino además una preparación mental y emocional para alcanzar mejores resultados en cualquier modalidad y nivel deportivo. Por tal motivo, las miradas se dirigen al quehacer profesional que

psicólogos y psicólogas realizan, con el fin de formar parte fundamental del equipo multidisciplinario de trabajo con deportistas, en beneficio de éstos y de su óptimo desempeño. Desafortunadamente esta incorporación profesional no siempre está acompañada de una formación académica y científica que dé sustento teórico-metodológico a las actividades que desempeña y que respondan al contexto sociopolítico y cultural en el que se desarrollan. Si además de lo anterior, se considera la falta de supervisión y regulación del rol profesional de los psicólogos y psicólogas en general y, en particular en la psicología del deporte, las implicaciones sociales son aún mayores.

De inicio, esta reflexión crítica merece hacer una distinción entre los que, por formación y/o por experiencia se adjudican el perfil de profesionales de la psicología del deporte y, por otra parte quienes tienen una formación científica y disciplinaria específica; es decir, por un lado, está la profesión del psicólogo del deporte, y por otro la psicología del deporte como área especializante. El ideal sería que las y los profesionales de esta área de la psicología siguieran los lineamientos deontológicos, formativos y funcionales de la disciplina, pero a lo largo de éste capítulo se intentará analizar cómo esta idea de que la formación disciplinaria y científica de quienes se desempeñan profesionalmente sea congruente con la académica no es tan sencilla de entablar, incluso se puede ver ahora como una utopía.

El primer desafío al que se enfrenta entonces el profesional en el área es la incongruencia entre el perfil formativo y académico, además de las necesidades del contexto deportivo para atender las variables psicológicas implicadas en el rendimiento de las personas en cualquier deporte. De manera general, y con base en la propia experiencia podríamos clasificar en cuatro grupos a las personas que actualmente se adjudican el título de “psicólogos del deporte” (Ver tabla 1). Por una parte, están aquellos que no tienen ningún tipo de preparación académica ni especialidad en el ámbito deportivo, algunos de ellos en muchas ocasiones se hacen llamar “coaches”; El termino se pone entre comillas con la intención de no profundizar acerca de la definición ni modelos o efectividad del coaching dado que no es ese el objetivo. Simplemente tiene como finalidad resaltar una característica y mote con el que suele identificarse a este primer grupo de individuos que ejercen en el área. Este de los cuatro grupos corresponde a aquellos que no tienen una idea clara o bien fundamentada del comportamiento humano y, en la mayoría de los casos fomentan un tipo de motivación en los deportistas que no favorecen necesariamente el rendimiento del deportista, como la motivación extrínseca.

El segundo grupo está conformado por aquellos que tienen la formación profesional en psicología, pero que no tienen ningún tipo de especialización en psicología deportiva, si bien este grupo ya cuenta con mayores bases para entender el comportamiento humano, la principal desventaja radica en que al no tener una idea clara de la conformación del contexto deportivo y de las variables psicológicas implicadas, utilizan técnicas de otras áreas de la psicología que en el contexto deportivo pueden resultar incluso contraproducentes para el buen desempeño de los y las deportistas o, se centran solo en aspectos personales del individuo que nada tienen que ver con las diversas variables psicológicas que impactan en el deporte.

En el tercer grupo están aquellas personas que cuentan con una especialidad en psicología deportiva, pero que su formación profesional es en una área diferente a la psicología general. En ocasiones se les identifica coloquialmente a las personas que tienen un master en psicología del deporte, pero no una formación académica como los “no psicólogos”, anulando además con ello cualquier título universitario y restando valor a su formación. La gran controversia con este grupo radica en que, hasta qué punto pueden intervenir o, si pueden intervenir como psicólogos deportivos. Los coordinadores de los diferentes posgrados en psicología del deporte se plantean seriamente este dilema ya que son criticados porque en sus criterios de ingreso permiten profesionales de otras áreas mientras sean afines al deporte en la mayoría de los casos, sin embargo, una de las dificultades a las que se enfrentan para darle solución a la problemática es la falta de normativas legales para regular los alcances de los psicólogos y sancionar a aquellos que cometan prácticas indebidas en el ejercicio de sus funciones. Mientras que, con otros profesionales de la salud, como los médicos, los requisitos legales son más estrictos y claros, no pasa lo mismo con los psicólogos, motivo por el cual las restricciones no pueden ser aplicadas a otros profesionales que incursionan en el área. Lo que además hace permisible el intrusismo laboral con todas las consecuencias que una mala práctica puede llevar en caso de que se presente.

Finalmente, en el cuarto grupo se encuentran aquellas personas que además de tener una formación profesional en psicología se especializan en el área de la psicología del deporte. Aunque se podría decir que estas personas son las mejor preparadas para ejercer la psicología del deporte, la realidad es que hay personas que formando parte de este colectivo terminan cometiendo alguna falta ética, y al igual que en el caso anterior, parte de ello se debe precisamente a la falta de regulación legal que se acompañe de una clara formulación de un código deontológico para formalizar la profesión en México.

TABLA 1.

Perfiles formativos de quienes ejercen como psicólogos del deporte

<i>Grupo de profesionales en el área</i>	<i>Formación académica base</i>	<i>Formación especializada en el área</i>
1	Ninguna Licenciaturas no afines a las ciencias del deporte	Ninguna Posgrados no afines a las ciencias del deporte
2	Lic. En Psicología	Ninguna Posgrados no afines a las ciencias del deporte
3	Cuentan con licenciatura en otra área que no es la psicología. Pueden o no pueden tener una licenciatura afín a las ciencias del deporte	Posgrados presenciales o en línea en psicología del deporte
4	Lic. En psicología	Posgrados presenciales o en línea en psicología del deporte

Fuente: Elaboración propia

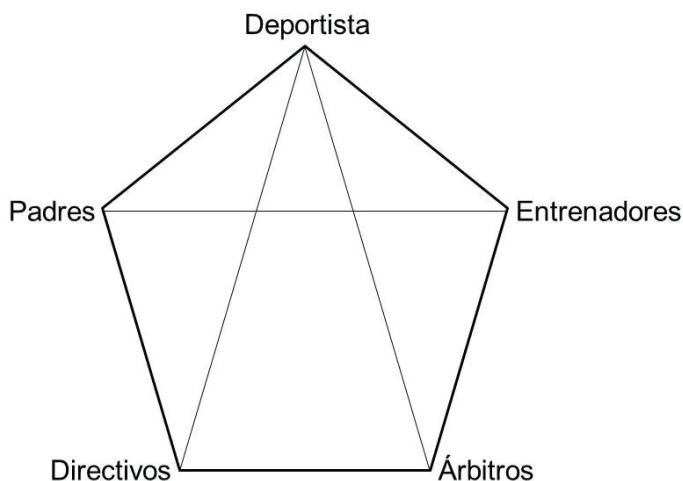
No se pretende con dicha categorización favorecer o perjudicar a un grupo determinado porque así como hay psicólogos de profesión que además cuentan con una especialidad cometen graves faltas éticas, también hay quienes sin tener la base formativa hacen usos de otras competencias y de la experiencia para dar respuestas de manera adecuada a las necesidades psicológicas de aquellos con los que trabajan, como es el caso del que incluso se considera el pionero en la psicología del deporte en México siendo médico de profesión, el Doctor Octavio Rivas (Rodríguez y Morán, 2010). Lo que se pretende entonces es invitar a la reflexión, en ese sentido muchos podrían preguntarse entonces cuál de los grupos puede o debería de ejercer la profesión de la psicología del deporte, pero sería una pregunta equivocada, sería, tal vez como tratar de amoldar un puesto de trabajo a una persona en específico, cuando lo ideal es definir claramente las funciones del puesto y después identificar el perfil ideal de un candidato para ocuparlo. Y es ahí precisamente cuando el profesional de la psicología del deporte se enfrenta a su segundo desafío o al primero si se considera la falta de claridad de las funciones como preámbulo a un inadecuado perfil de quienes laboran en el área.

Para definir las funciones es necesario ir todavía un paso atrás, y aunque parezca un retroceso, al final la reversa también es un cambio; y en este caso un cambio necesario. Es importante partir por la definición. La psicología del deporte y actividad física se define como “el estudio del efecto de los factores psíquicos y emocionales sobre el rendimiento deportivo y del efecto de la participación en un deporte o de la práctica de actividad física sobre los factores psíquicos y emocionales” (Cox, 2009: 11). Esta definición si bien refleja en términos generales la relación del movimiento físico del cuerpo y la actividad psíquica de la persona, resulta un tanto reduccionista ya que no incluye otros aspectos de aplicación de la psicología en el deporte.

Para poder comprender por qué la definición y las funciones que realiza un psicólogo deportivo plantean una dificultad en el ejercicio de la profesión, hay que visualizar al ámbito deportivo como un sistema cuya relación e interacción entre los diferentes protagonistas o personas implicadas está tan íntimamente relacionada que no reconoce una dependencia jerárquica convencional entre ellos; en ese sentido resulta útil la propuesta de Dosil (2008) que concibe a los implicados en el deporte competitivo dentro de un pentágono, esta estructura permite clarificar la forma en la que se relacionan los participantes (Ver Figura 1).

FIGURA 1.

Pentágono Deportivo



Fuente: Dosil (2008).

Esta complejidad y grado de interacción entre quienes participan del deporte competitivo, da cuenta que cualquier cambio conductual que el psicólogo provoque en uno de los miembros afectará de manera directa o indirecta en todos los demás dado que no existe una relación lineal sino multidireccional. Partiendo de esa idea si la psicología del deporte se centra sólo en el deportista como generalmente sucede, está limitando su campo de actuación.

Si bien es cierto que en un inicio fueron los deportistas y entrenadores, quienes con su alta demanda por comprender la forma en la que los procesos psíquicos influyen en la práctica deportiva y el deseo de mejorarlos para optimizar el rendimiento y obtener ventajas competitivas permitieron la inclusión del psicólogo a la actividad deportiva, la realidad es que hoy en día no sólo se trabaja o no se debería trabajar exclusivamente con deportistas de alto rendimiento. Aunque es lógico que los estudiosos en el área concentren sus esfuerzos en el deportista, sobre todo considerando que, en sus logros deportivos confluyen los esfuerzos de todos los participantes del sistema del que forman parte, especialmente del entrenador que tiene la responsabilidad de su formación integral. En este sentido el binomio deportista-entrenador en años recientes se ha convertido en el centro de atención de los especialistas en el área, y el interés principal está centrado en conocer la influencia que el estilo de liderazgo ejerce en el rendimiento deportivo y en la permanencia en el deporte. No obstante, a esta innegable influencia estos estudios suelen ser aproximaciones indirectas que se centran en última instancia en el deportista dejando en un segundo plano a cualquier otro miembro (Cantú-Berrueto et al., 2015; Castillo, et al., 2012; Leo Marcos, et al., 2013). Enfocar toda la atención en el deportista de nada sirve si la figura de mayor influencia no cuenta con las herramientas psicológicas apropiadas para transmitir con eficacia conocimientos o instrucciones; o si no cuenta con la suficiente estabilidad emocional para salvaguardar la permanencia de un atleta potencialmente exitoso en el deporte. A diferencia de otras profesiones, el entrenador es reconocido por lo que hace un tercero, y podría desarrollar sus funciones de manera extraordinaria, pero en última instancia es valorado por la cantidad de medallas o logros de los deportistas a quienes entrena obtienen, aun cuando cientos de variables están implicadas en la consecución del resultado, por lo que tienen que lidiar con un sinnúmero de decisiones complejas (Altfeld y Kellmann, 2015).

En ello radica otro reto al que se debe enfrentar el área de la psicología del deporte y consiste en diversificar no solo sus campos de acción sino en dedicar mayor atención a otros miembros del sistema deportivo, particularmente en el entrenador; pero conviene interesarse en esta población no sólo con la intención de ver cómo influye en el deportista, sino también para comprenderlo como per-

sona independiente, identificar sus necesidades psicológicas y definir claramente su perfil. El psicólogo del deporte no debe perder de vista que su función es trabajar con todos los miembros del sistema deportivo y con todas las variables psicológicas intervinientes.

Por otra parte, hay un concepto conocido en el mundo del deporte: la especificidad, que tiene que ver con las cualidades físicas a desarrollar en los deportistas con miras a la competición y que son específicas de cada deporte. Es así como lo que requiere un futbolista, no será lo mismo que requiere un jugador de ajedrez o yudo, hay diferencias en lo técnico, físico, táctico y evidentemente psicológico. El deporte determina las variables específicas a desarrollar, y por tanto la manera en la que desarrollará las funciones para alcanzar el objetivo planteado. Por ello se requiere una formación especializada en psicología del deporte, pero también como señalan algunos investigadores, una subespecialidad en cada modalidad deportiva para reconocerle como único profesional cualificado para desarrollarse en cada uno de los deportes (Peris-Delcampo y Chirivella, 2018). Lo anterior nos plantea un quinto grupo en el perfil de los profesionales que ejercen en el área como aquellos que tienen una base académica en psicología, una especialidad en psicología del deporte y una subespecialidad en psicología deportiva en un determinado deporte. Esta tarea es quizá de todas la más complicada, sobre todo considerando que la oferta académica es limitada; una manera de solventar esta problemática es y ha sido sin duda la experiencia.

Hasta el momento se han mencionado aquí, aspectos propios del deporte de alto rendimiento. Sin embargo, también existen espacios deportivos, que no tienen objetivos competitivos sino lúdicos, de iniciación o para fomentar estilos de vida saludables, y en los cuales se desenvuelve la mayor parte de la población que también podrían beneficiarse de los conocimientos de un especialista en el área para sacar el máximo provecho de su rendimiento mental o favorecer la adherencia a estilos de vida saludables y a la práctica regular de ejercicio, considerando esto último fundamental para combatir los altos índices de obesidad existentes a nivel mundial; y particularmente en México, que está entre los primeros lugares (Malo, Castillo y Pajita, 2017). En ese sentido parece útil recurrir y poner mayor atención al deporte de iniciación, y si bien se entiende al deporte de iniciación como aquel espacio en el que niños y jóvenes se insertan por primera vez en un deporte determinado, también debería considerarse de tal manera con los adultos y/o adultos mayores que quieren iniciarse por primera vez en un deporte. Es necesario que los expertos en psicología del deporte comprendan y centren sus esfuerzos en esta doble implicación y hablen de deportes de iniciación para niños, jóvenes y adultos.

Considerando todo lo anterior, se puede llegar a la conclusión que el campo de acción y de investigación se ha diversificado a una velocidad más rápida que el sustento conceptual y aunque se hace un esfuerzo por actualizar las funciones de quienes ejercen, no ocurre lo mismo con la definición y simplemente se dan por sentadas sus implicaciones (Cantón, 2010; Németh, et al., 2016). Sin embargo, algunos psicólogos del deporte han encausado esfuerzos en diversificar las intervenciones e incluir los diferentes campos en donde se refleje la actuación y donde el éxito de una actividad depende del performance de los protagonistas; si bien estas actividades no entran en la categoría de deportes tienen en común la demanda de un esfuerzo físico y mental similar por lo que consideran que debería ser también un campo de acción de la psicología del deporte, como es el caso de músicos, actores e intérpretes artísticos (García, González y González, 2014; López y Pérez, 2006). Por lo tanto, el reestructurar conceptualmente la psicología del deporte, ayudaría a contar con una adecuada definición lo suficientemente clara y abarcativa. Definiendo las funciones que debe ejercer el psicólogo en cada contexto (deporte de iniciación, alto rendimiento, recreativo, para el fomento de estilos de vida saludable) y con cada una de las personas que participan (deportistas, personas en general, aficionados, directivos, entrenadores, entre otros) y por último delimitar el perfil académico y formativo de los psicólogos deportivos.

En cuanto al soporte teórico y metodológico de la disciplina, cabe mencionar que la psicología del deporte es el espacio donde confluyen dos ámbitos científicos ya apuntalados y que de manera independiente no han podido dar explicación a los fenómenos psíquicos que se dan en el intrincado mundo deportivo, por una parte, están las ciencias del deporte, y por otra, la psicología aplicada (García-Mas, 1997). Como rama emergente de la psicología, la psicología del deporte aún está al encuentro de consolidar su identidad y todos sus campos de actuación, que además procura romper con el paradigma de salud-enfermedad, dado que a diferencia de otras áreas, parte de la premisa de aumentar el bienestar y llevar a un individuo a rendir al máximo de su potencial psicológico.

De manera adicional, los profesionales del área desarrollan su actividad supe-
ditada a otras de mayor envergadura o aceptación, como la psicología de la salud cuando se trata de trabajar con el fomento de estilos de vida saludables; la psicología laboral cuando se trabaja con otros actores que no son deportistas pero que forman parte del sistema deportivo como los entrenadores, directivos, árbitros o jueces; así como la psicología clínica cuando se requiere la intervención en problemáticas psicológicas asociadas o derivadas de la práctica deportiva; y la psicología evolutiva para explicar los cambios psíquicos a los que se enfrentan los niños y jóvenes que practican ejercicio o algún deporte con una intención competitiva.

Si bien este apoyo en otras áreas de la psicología ayuda a explicar ciertos fenómenos y a sustentar su aplicación práctica, también le resta identidad propia a la psicología del deporte. Además de que muchos preceptos de otras áreas disciplinarias de la psicología no deberían de aplicarse en el área del deporte porque pudieran llegar a ser contraproducentes o inadecuadas para alcanzar resultados deportivos, por otra parte, no siempre será posible. Por poner un ejemplo, cuando en psicología clínica queda claramente determinado que el espacio de actuación es en un consultorio cuyo entorno es propicio para cuidar la privacidad de la información del cliente, en el caso de la psicología del deporte el entorno de actuación es el terreno de juego, las gradas o el vestidor, por lo que no se cuenta con un espacio propiamente dicho que favorezca que la información confidencial se comparta en aislamiento. Aunque los espacios de trabajo no se pueden modificar, se tendría que determinar bajo qué reglas el psicólogo del deporte va a operar en estos espacios. Asimismo, está la interrogante de hasta qué punto es necesario compartir información confidencial de un deportista cuando es el entrenador, los padres o la institución son quienes solicitan y comúnmente pagan el servicio.

Por otra parte, se encuentra otro gran reto en cuanto a la frecuencia de interacción con los receptores del servicio, ya que en lugar de ver al deportista o a cualquier miembro del sistema del deporte una vez a la semana o después de una cita previamente concertada, el grado de interacción es constante, además que, si el psicólogo del deporte trabaja en un club o institución deportiva, aunque no lo desee de tal manera, termina formando parte de la dinámica y por lo tanto, influyendo en ella de manera indirecta. Este nivel de implicación e interacción incrementa considerablemente la posibilidad de generar una relación personal con los miembros del sistema deportivo, sin embargo, es una realidad que pocas veces se reconoce en el área, menos aún se plantean protocolos y/o lineamientos de actuación metodológica, deontológica y legales al respecto. Entonces además de considerar las funciones profesionales de la psicología del deporte, es importante considerar el nivel de implicación y la dificultad externa que plantean los escenarios físicos para el trabajo.

Para comenzar a hacer frente a todas estas dificultades es necesario que los profesionales en el área y la disciplina reconozcan que están ejerciendo sin antes haberse formulado, cuestionado y resuelto todas estas vicisitudes inherentes a la profesión. Una de las mayores críticas en este sentido es, lo paradójico que resulta que el psicólogo del deporte valora los errores en la práctica deportiva como oportunidad de aprendizaje y, sin embargo, no es capaz de reconocer las limitaciones a las que se enfrenta como una oportunidad de mejora (Cantón, 2010; Jara y Garcés, 2010).

Todo lo descrito anteriormente no representa una problemática actual en la psicología del deporte, ya lo describía en su momento (García-Naveira, 2010) hace 10 años en un artículo donde al igual que en este capítulo, se planteaba los retos a los que se enfrentaba el especialista en el área. Aunque en México hay redes, como REDDECA de Conacyt, que han puesto dado una gran visibilidad a la psicología del deporte y han aportado considerablemente a la investigación, difusión y vinculación del área; los retos siguen siendo exactamente los mismos o poco han cambiado por lo que es necesario redoblar los esfuerzos a fin de consolidar la identidad del área y proteger desde el punto ético y legal a todos los implicados.

FUENTES CONSULTADAS

- Altfeld, S., y M. Kellmann (2015), "Are German coaches highly exhausted? A study of differences in personal and environmental factors", *International Journal of Sports Science & Coaching*, vol. 10, núm. 4, pp. 637-654. <https://doi.org/10.1260/1747-9541.10.4.637>
- Cantón, E. (2010), "La psicología del deporte como profesión especializada", *Papeles Del Psicólogo*, vol. 31, núm. 3, pp. 237-245.
- Cantú-Berrueto, A. *et al* (2015) , "Burnout en el deporte", en M. Rodríguez, O. Ceballos y J. Tristán (eds.), *Psicología del deporte: Conceptos, aplicaciones e investigaciones*, Monterrey, Universidad Autónoma de Nuevo León, pp. 55-59.
- Castillo, I. *et al.* (2012), "Estilo interpersonal controlador del entrenador, frustración de las necesidades psicológicas básicas, y burnout en futbolistas infantiles", *Cuadernos de Psicología del Deporte*, vol. 12, núm. 1, pp. 143-146. <https://doi.org/10.4321/S1578-84232012000100014>
- Cox, R. (2009), *Psicología del deporte. Conceptos y sus aplicaciones*. España, Medica Panamericana.
- Dosil, J. (2008), *Psicología de la actividad física y del deporte*, Madrid, McGraw-Hill.
- Fitz, G. W. (1895). A local reaction. *Psychological Review*, 2, 37-42.
- García-Dantas, A., J. González y F. González (2014), "Factores psicológicos relacionados con la intencionalidad de abandonar las enseñanzas profesionales de rendimiento musical", *Cuadernos de Psicología del Deporte*, vol. 14, núm. 1, pp. 39-44. <https://doi.org/10.4321/S1578-84232014000100005>
- García, M. y L. González (1997), "Estudio preliminar del estrés en entrenadores de alto rendimiento deportivo", *I Congreso Internacional de Psicología del Deporte*, La Habana, Cuba.

- García-Mas, A. (1997), “La psicología del deporte y sus relaciones con otras ciencias del deporte”, *Revista de Psicología del Deporte*, vol. 6, núm.1, 44-58.
- García-Naveira, A. (2010). El psicólogo del deporte en el alto rendimiento: Aportaciones y retos futuros. *Papeles Del Psicólogo*, 31(3), 259–268. <https://doi.org/10.1021/la0470535>
- Jara, P. y E. Garcés de los Fayos (2010), “El psicólogo del deporte ante las contradicciones o incongruencias generales de la psicología”, *Cuadernos de Psicología del Deporte*, vol. 10, núm. 2, pp. 79-86.
- Leo Marcos, F.M. *et al.* (2013), “El liderazgo y el clima motivacional del entrenador como antecedentes de la cohesión y el rol percibido en futbolistas semiprofesionales”, *Revista de Psicología del Deporte*, vol. 22, núm. 2, pp. 361-370. <https://doi.org/10.12800/ccd.v6i16.27>
- López de la Llave, A. y M.C. Pérez-Llantada (2006), *Psicología para intérpretes artísticos*, Madrid, Thomson.
- Malo, M., Castillo M., N. y Pajita D., D. (2017). La obesidad en el mundo. *Anales de La Facultad de Medicina*, 78(2), 67. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i2.13213>
- Németh, L., R. de La Vega y A. Szabo (2016), “Research in sport and exercise psychology between 2003 and 2013: An analysis of the English-speaking publication trends before the field’s 50th anniversary”, *Revista de Psicología del Deporte*, vol. 25, núm. 1, pp. 157-165.
- Peréz, E. y Estrada, O. (2015). Historia de la psicología del deporte. *Apuntes de Psicología*, 33(1), 39–46.
- Peris-Delcampo, D. y Chirivella, E. C. (2018). El perfil profesional del especialista en psicología del deporte en fútbol. *Revista de Psicología Aplicada Al Deporte y El Ejercicio Físico*, 3(1), 1–12. <https://doi.org/10.5093/rpadef2018a6>
- Rodríguez, P. y Morán, C. (2010). Historia de la psicología del deporte en México. *Revista Iberoamericana*, 5(1), 117–134.
- Triplett, N. (1898). The dinamogenic factors in pacemaking and competition. *American Journal of Psychology*, 9, 507–533.
- Vicente, C. (2017). Presentación. La Psicología Hoy: Retos, Logros Y Perspectivas De Futuro. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1).

DICTAMINADORES

Dra. Martha Leticia Salazar Garza
Universidad Autónoma de Aguascalientes

Dra. Marina Liliana González Torres
Universidad Autónoma de Aguascalientes

Dra. María de los Ángeles Vacio Muro
Universidad Autónoma de Aguascalientes

Dra. Eunice Vargas Contreras
Universidad Autónoma de Baja California

Dra. María del Rocío Figueroa Varela
Universidad Autónoma de Nayarit

Dr. José Luis Calderón Mafud
Universidad de Colima

Dr. Francisco Laca Arocena
Universidad de Colima

Dra. Myriam Rebeca Pérez Daniel
Universidad de Colima

Dr. Ruben Soltero Avelar
Universidad de Guadalajara

Dra. Jazmín Aranzazu Munguía Córtes
Universidad de Guadalajara

Dra. María de los Ángeles Aguilera Velasco
Universidad de Guadalajara

Dra. María Elena Flores Villavicencio
Universidad de Guadalajara

Dr. Joel Omar González Cantero
Universidad de Guadalajara

Dra. Martha Leticia Guevara Sanginés
Universidad de Guanajuato

Dr. Joel Martínez Soto
Universidad de Guanajuato

Dr. Ferrán Padrós Blázquez
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Dra. Ana María Mendez Puga
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Dr. Roberto Oropeza Tena
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Dra. María Elena Rivera Heredia
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
-------------------	---

CAPÍTULO I

PERSONALIDAD, EL MODELO

DE LOS CINCO GRANDES Y SALUD.....	9
-----------------------------------	---

Mariana Carrasco-Ramírez; José María de la Roca-Chiapas;

Blanca Olivia Murillo-Ortiz; Roberto Montes-Delgado;

Ferrán Padrós-Blázquez

CAPÍTULO II

EL CUIDADO DE LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA

HISTÓRICO-CULTURAL: DE LA PERSPECTIVA A LA PRÁCTICA....	23
---	----

José Carlos Palacios Montoya; Miguel Ángel Sahagún Padilla;

Pedro Reynaga Estrada; Cecilia Colunga Rodríguez;

José Luis Lalueza Sazatornil

CAPÍTULO III

RUMIACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA:

UNA REVISIÓN PARA SU DIFUSIÓN CIENTÍFICA

EN POBLACIÓN MEXICANA.....	41
----------------------------	----

Karina Salud Montoya-Pérez; Roberto Montes-Delgado;

Omar Sánchez-Armáss Cappello; Ferrán Padrós-Blázquez

CAPÍTULO IV

APROXIMACIONES AL CONCEPTO Y EL ESTUDIO
DEL SIGNIFICADO DEL TRABAJO 55

*Enrique Fuentes Flores; Luis Felipe García y Barragán;
Judith López Peñaloza; Gabriela Navarro Contreras*

CAPÍTULO V

LA ÉTICA PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO
EN TÉRMINOS DE COMPORTAMIENTO 67

*César Augusto García-Avitia; María de Lourdes Preciado-Serrano;
Mario Ángel-González; Alejandro César Antonio Luna-Bernal*

CAPÍTULO VI

DESARROLLO DE INTERVENCIONES
PARA PREVENIR EL CONSUMO
DE DROGAS EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES 91

*Jorge Alberto Valadez-García; Roberto Oropeza-Tena;
Martha Leticia Salazar-Garza; Mónica Fulgencio-Juárez*

CAPÍTULO VII

LA PSICOONCOLOGÍA, UNA DISCIPLINA
DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS
CON CÁNCER. APLICACIONES ACTUALES EN MÉXICO
Y DESAFÍOS FUTUROS 111

*Flor Esmeralda Larios-Jiménez; Roberto Montes-Delgado;
Fabiola González-Betanzos*

CAPÍTULO VIII

LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
Y LA COMUNICACIÓN EN LA REHABILITACIÓN
NEUROPSICOLÓGICA INFANTIL 127

*Iludé Pacheco-Sánchez; Claudia Márquez-González;
Teresita de Jesús Villaseñor-Cabrera*

CAPÍTULO IX

EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS EDUCATIVOS

PARA ESTUDIANTES SORDOS 145

*Óscar Alejandro Tello-Miranda; Julio Varela-Barraza;
Roberto Montes-Delgado; Úrsula Palos-Toscano*

CAPÍTULO X

HACÍA UNA TEORÍA INTERCONDUCTUAL

DE LA LENGUA DE SEÑAS 167

*Christian Israel Huerta-Solano; Julio Agustín Varela-Barraza;
Ana María Méndez-Puga; Francisco Javier Pedroza-Cabrera;
Hugo Eduardo Reyes Huerta*

CAPÍTULO XI

DESAFÍOS DEL PSICÓLOGO DEL DEPORTE

EN EL TRABAJO CON EL ENTRENADOR DEPORTIVO 185

Alexandra Valadez Jiménez; Isaac Uribe Alvarado

Investigación Interinstitucional en Psicología:

Nuevos desafíos para el siglo XXI

se terminó en la Ciudad de México
durante el mes de diciembre de 2020.

La edición impresa sobre papel de
fabricación ecológica con *bulk* a
80 gramos, estuvo al cuidado de la oficina
litotipográfica de la casa editora.



Investigación interinstitucional en psicología, nuevos desafíos para el siglo XXI es el producto de un trabajo colectivo que se ha desarrollado en el marco de la colaboración interinstitucional para la formación de investigadores en México, en donde el diálogo de las convergencias

y divergencias que caracterizan las dinámicas de los comités tutoriales en su labor de acompañar a candidatos y candidatas para obtener el grado de doctor, ha dado como resultado un conjunto de trabajos serios, cuidadosos en sus propios términos y realizados de forma colegiada. En este sentido, cada capítulo es además la traza de unas prácticas y unas instituciones que afectan las ideas y aspiraciones de un grupo de psicólogas y psicólogos interesados en habilitarse académicamente.

A nivel temático podemos encontrar como cada autor o autora despliega su saber como especialista en torno a algún asunto de interés. Así se agrupa una gran diversidad de problemáticas con las que se enfrenta actualmente la Psicología y las distintas aproximaciones teóricas que se utilizan para entender cuestiones como la rehabilitación neuropsicológica, la lengua de señas, el significado del trabajo, la ética en la profesión, la rumiación y su relación con la depresión, el afrontamiento de un cáncer, la psicología del deporte y la intervención en adicciones.

La lectura de los capítulos de este trabajo colectivo pone sobre la mesa los esfuerzos y las direcciones que sigue una psicología con múltiples voces, una psicología que quiere participar en la construcción de conocimiento pertinente al contexto cultural de la población, con estrategias de intervención teórica y empíricamente fundamentadas. Además de difundir sus reflexiones y su esfuerzo por contribuir con otras disciplinas, proponiendo enriquecer la formación de psicólogos y mejorar la calidad de vida de las personas.



UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO

UJO - GRAPO
S.A. de C.V.

**PGRANÉN
PORRÚA**
Grupo Editorial