

REVISTA PSICOLOGÍA SIN FROTERAS

PSYCHOLOGY BEYOND BORDERS

JUNIO 2024

VOLÚMEN 7 NÚMERO 13



Página legal

PSICOLOGÍA SIN FRONTERAS

PUBLICACIÓN SEMESTRAL

VOLUMEN 7 DEL AÑO 2024 CORRESPONDIENTE A LOS MESES DE ENERO A JUNIO

EDITADA POR: PSFMX PSICÓLOGOS SIN FRONTERAS MÉXICO, A.C.

SE EDITA EN CIUDAD DE MÉXICO

RESERVA DE DERECHOS 04-2022-040810434700-102

ISSN: 2954-3371

FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA PLATAFORMA: 18 JUNIO 2024

El número 13 de la Revista se subió a la red el 18 junio de 2024

Editor General responsable: Imelda Zaribel Orozco Rodríguez, zaribelo@gmail.com

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor ni de la Asociación.

Se permite la reproducción parcial o total de los contenidos citando la fuente.

Página electrónica: <https://psfmx2017.wixsite.com/revistapsfmx>

Correo electrónico: psicologossinfronterasmx.org

Las normas de publicación se encuentran en la página de la revista.

CONTENIDO	
EDITORIAL	4
REFLEXIONES EN TORNO A LOS MODELOS Y ENFOQUES DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD <i>Irene Torices Rodarte, Martha Patricia Bonilla Muñoz</i>	7
NARRATIVAS TESTIMONIALES SOBRE LAS CREENCIAS Y MITOS DE MUERTE EN JÓVENES QUE PADECIERON COVID-19 Y FUERON INTUBADOS <i>Lourdes Gabriela Villafaña Montiel, Martha Elizabeth Zanatta Colín</i>	27
EMOCIONES NEGATIVAS, ANSIEDAD Y DEPRESION EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH <i>Miriam Colín Alcántara, Shanad Adalit Gutiérrez Morales, Araceli Rodríguez Mercado, Karol Teresa Villegas Gómez</i>	42
PERCEPCION DEL APEGO PARENTAL Y LA RELACION DE PAREJA <i>Martha Patricia Bonilla Muñoz, José Antonio Vírseda Heras</i>	58
SÍNTOMAS PARENTALES Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DE SUS HIJOS ADOLESCENTES EN CONTEXTOS DE EXTREMA POBREZA <i>Joaquina Palomar Lever†, Amparo Victorio Estrada</i>	71
LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA COMO HERRAMIENTA DIDÁCTICA PARA EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO EN LA UNIDAD DE APRENDIZAJE DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS <i>Imelda Zaribel Orozco Rodríguez</i>	96
EQUIPO EDITORIAL	106
CRITERIOS PARA PUBLICAR	107

EDITORIAL

La revista Psicologías sin fronteras continúa siendo una iniciativa de Psicólogos sin Fronteras México para abrir un espacio de reflexión y análisis respecto de diversos temas de interés.

Esta edición reúne una serie de investigaciones y estudios que abordan diversas dimensiones del ser humano, desde la salud emocional hasta el desarrollo profesional.

Inicia con un análisis exhaustivo de los diferentes modelos de atención a la discapacidad a lo largo de la historia. Desde concepciones antiguas que atribuían la discapacidad a intervenciones divinas, hasta el desarrollo del modelo médico rehabilitador y el enfoque actual basado en los derechos humanos, este artículo ofrece una perspectiva única sobre cómo la sociedad ha evolucionado en su comprensión y tratamiento de las personas con discapacidad. Se discuten los resultados con el objetivo de iluminar los avances y desafíos que aún enfrentamos en la búsqueda de una inclusión genuina y equitativa.

En un contexto más contemporáneo, se explora el impacto psicológico y emocional del Covid-19 a través de un estudio centrado en jóvenes que han experimentado la intubación. Este artículo revela las profundas repercusiones que la enfermedad ha tenido en la vida cotidiana y la salud mental de muchos, abordando sentimientos de soledad, miedo y confrontación con la mortalidad. Los resultados subrayan la importancia de comprender y abordar las experiencias individuales en tiempos de crisis global, destacando la necesidad de apoyo psicológico integral en situaciones médicas críticas.

Posteriormente, se exploran las emociones y experiencias de hombres diagnosticados con VIH en Toluca, México. Este estudio revela cómo el diagnóstico inicial afecta profundamente las

emociones de los individuos, destacando el miedo a la muerte y los desafíos emocionales asociados con la aceptación y el tratamiento. Los hallazgos enfatizan la importancia crucial del apoyo psicológico continuo en la atención integral del VIH, subrayando la necesidad de reducir el estigma social que aún rodea esta enfermedad.

Luego, Vírseda y Bonilla se adentran en la dinámica del apego en las relaciones de pareja, evaluando cómo las experiencias afectivas tempranas influyen la construcción del apego seguro en la vida adulta. Este artículo examina la conexión entre el cuidado parental recibido y la calidad del apego en las relaciones actuales, proporcionando una perspectiva profunda sobre cómo las experiencias familiares moldean nuestras relaciones íntimas.

En otro estudio significativo, se utiliza el modelamiento de ecuaciones estructurales para analizar la influencia de los síntomas parentales en la salud mental de adolescentes que viven en situaciones de pobreza. Los resultados destacan diferencias significativas entre géneros, subrayando cómo el apego parental y el apoyo social percibido juegan roles cruciales en el bienestar psicológico de los jóvenes, ofreciendo perspectivas valiosas para intervenciones efectivas.

Por último, se explora la experiencia educativa innovadora en el ámbito universitario, donde la planeación estratégica se utiliza como herramienta didáctica para el aprendizaje en la Unidad de Aprendizaje de Desarrollo de Recursos Humanos. Este artículo destaca la importancia de un aprendizaje activo y significativo que prepare a los estudiantes para enfrentar los desafíos del mercado laboral, enfatizando la reflexión y la planificación de carrera como componentes esenciales del proceso educativo hacia la empleabilidad.

En conjunto, esta edición refleja el compromiso continuo con la excelencia académica y la investigación interdisciplinaria. Cada artículo no solo ofrece un análisis profundo de temas complejos, sino que también invita a la reflexión sobre cómo estas investigaciones pueden impactar positivamente en nuestras comunidades y en la vida cotidiana.

Agradecemos sinceramente a nuestros autores por su dedicación y a ustedes, estimados lectores, por su continua confianza y apoyo. Esperamos que disfruten de la lectura tanto como nosotros disfrutamos al reunir esta edición.

Con gratitud y entusiasmo,

*Maestra en Psicoterapia Gestalt
Imelda Zaribel Orozco Rodríguez
Editora General*

REFLEXIONES EN TORNO A LOS MODELOS Y ENFOQUES DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD

REFLECTIONS ABOUT THE MODELS AND APPROACHES TO CARE FOR DISABILITY

Irene Torices Rodarte ¹

Martha Patricia Bonilla Muñoz ²

Resumen

En el presente capítulo se presentan los diferentes modelos de atención a la discapacidad realizando una descripción y análisis histórico social que constituye una visión del proceso, a través del cual, la consciencia, ante dicha problemática, se manifiesta en diversas épocas, dando lugar a distintos modelos, desde el modelo tradicional, que consideraba que la discapacidad era atribuida a una intervención divina, lo que provocaba que algunas sociedades eliminaran o abandonaran a las personas con alguna discapacidad; el modelo médico rehabilitador, que resignifica la discapacidad dando paso a un modelo que contempla diversos tratamientos que buscan la “normalización” de las personas con discapacidad y el modelo social, que contempla un enfoque de derechos humanos y el ejercicio de la capacidad jurídica que permite a las personas con discapacidades, ejercer y gozar de todas sus garantías individuales y sociales.

Se discuten los resultados.

Palabras clave: Discapacidades, Modelos, Organización Mundial de la Salud, Legislación, Factores Contextuales.

Abstract

¹ Doctora en Evaluación Educativa. Presidenta del Grupo Educativo Interdisciplinario en Sexualidad Humana y Atención a la Discapacidad A.C.

Correspondencia:

² Doctora en Psicología Social. Profesor- Investigador Colegio Internacional De Educación Superior

Correspondencia: patriciabonillam@gmail.com

This chapter presents the different models of care for disability making a description and social historical analysis that constitutes a vision of the process through which awareness of this problem manifests itself at different times, giving rise to different models, from the traditional model that considered that disability was attributed to a divine intervention, which caused some societies to eliminate or abandon persons with disabilities; The medical rehabilitation model resignifies disability, giving way to a model that contemplates various treatments that seek the "normalization" of people with disabilities. Finally, the social model that includes a human rights approach and the exercise of legal capacity that allows persons with disabilities to exercise and enjoy all their individual and social guarantees. The results are discussed.

Keywords: Disabilities, Models, World Health Organization, Legislation, Contextual Factors.

Introducción

En todo estudio sobre discapacidad, la elección de la terminología es de suma importancia. Aún no existe consenso universal respecto a cómo referirse a las personas con discapacidad, cada término indica una relación diferente. Algunos como, por ejemplo, “persona con discapacidad” se centran en las barreras que impone la sociedad, y reconocen la discapacidad como una condición no inherente a todas las personas. Otros como “discapacitado”, destacan la deficiencia o limitación que da origen a la discapacidad, anulando a la persona.

En un momento histórico en que la política de la identidad vuelve a ponerse de manifiesto como consecuencia de levantamientos y transformaciones extraordinariamente rápidas y profundas en la sociedad humana, pertenecer a un grupo minoritario puede resultar no solo importante, sino, determinante para tener una identidad propia, que pueda expresarse a través del lenguaje (Hobsbawm, 1996).

Ante la inexistencia de una nomenclatura internacionalmente aceptada, pueden existir dos opciones: 1) actualizar toda la terminología, adaptándola a una norma específica, o 2) respetar la terminología local, aun cuando pueda considerarse estigmatizante o discriminatoria.

De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda 2020, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), las personas en condición de discapacidad, limitación para realizar sus actividades cotidianas o con alguna condición mental (las tres variables usadas por el

INEGI en el conteo) incluyen a 20 millones 838 mil 108 personas (16.5%) de la población total del país (INEGI, 2021).

Por otra parte, en la investigación científica, se opta por adaptar la terminología a los propósitos de esta y a la población sujeto de estudio, excepto, cuando ésta se enmarca en un contexto jurídico, debido a que el uso de términos que pueden ser considerados discriminatorios en la legislación, logran atentar contra los derechos de las personas con discapacidad. Por ello, es importante identificar y conservar la terminología del contexto en estudio.

A raíz de los cambios que ha tenido el concepto de discapacidad en el transcurso del tiempo, muchos países —incluido México— aún tienen definiciones conflictivas en su legislación interna o bien manejan varias enunciaciones, aunque sea una la que predomine.

En pocos casos las definiciones que prevalecen promueven conceptos discriminatorios en relación con la discapacidad, por ejemplo, los programas de Seguridad Social suelen definir la discapacidad en términos del valor económico-laboral perdido, es decir, de una incapacidad en el desempeño de una ocupación específica y, en consecuencia, para mantener la productividad esperada en el cargo que la persona fue contratada.

En otros casos, al recolectar datos demográficos, se siguen empleando definiciones de discapacidad que se centran en las deficiencias al llevar a cabo funciones como caminar y moverse o atender el cuidado personal.

En México, se prefiere utilizar la expresión personas con discapacidad en el abordaje del tema de la discapacidad. La Ley General para las Personas con Discapacidad, utilizó la frase personas con “capacidades diferentes” durante el sexenio del presidente Vicente Fox Quesada (2000 a 2006); al mismo tiempo, desconoció las discapacidades intelectuales y psiquiátricas y, por ello, utilizó otros términos como “deficiencia y desórdenes mentales”.

Dada la relevancia de conocer mejor la información a partir de la cual podemos examinar la evolución de las discapacidades, a continuación, revisaremos cuál ha sido el devenir de las clasificaciones más importantes en este campo.

La discapacidad, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), ha sido aceptada como una de las clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud que incorpora parcialmente el espíritu de las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (ONU, 1999).

La CIF, fue diseñada con múltiples propósitos, para ser utilizada en diversas disciplinas y sectores, cuyos objetivos son (OMS, 2013):

- Proporcionar una base científica para el estudio y comprensión de la salud y los estados relacionados con ella, sus resultados y determinantes.
- Establecer un lenguaje común para describir los estados de salud y los factores relacionados con ésta, para mejorar la comunicación entre profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas y población en general, incluyendo a las personas con discapacidad.
- Permitir la comparación de datos e información a lo largo del tiempo, entre países, disciplinas, servicios, y en diferentes momentos.
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado de aplicación en los sistemas de información en salud.

La clasificación, desde su título, plantea un amplio ámbito de aplicación: el término funcionamiento se incluye con sentido neutro y abarca funciones, estructuras corporales, actividad y participación; el término discapacidad incluye: deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación social, y la incorporación del término salud. Esta clasificación busca enfatizar el hecho de que la CIF se concibe dentro de un marco conceptual que permite evaluar la salud de la población.

Considerando todo esto, la OMS conceptualiza la discapacidad como un término genérico que abarca las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones para la participación y agrega que las deficiencias son problemas que afectan a una estructura [anatómica] o función corporal [psicológica o fisiológica]; las limitaciones en la actividad, son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones para la participación son problemas para incluirse en situaciones vitales (OMS, 2013).

La Clasificación está matizada por la nueva filosofía de la OMS y tiene dos componentes: 1) funcionamiento y discapacidad, y 2) factores contextuales. El primer componente se subdivide en: a) funciones y estructuras corporales y b) actividades y participación; el segundo se subdivide en: a) factores ambientales y b) factores personales (OMS, 1980). Cada componente puede ser expresado en términos positivos y negativos. (Figura 1).

Las funciones y estructuras corporales se clasifican en dos: las funciones corporales, que incluyen las funciones psicológicas; las estructuras, son las partes anatómicas del cuerpo: órganos, extremidades y componentes estructurales de la persona.

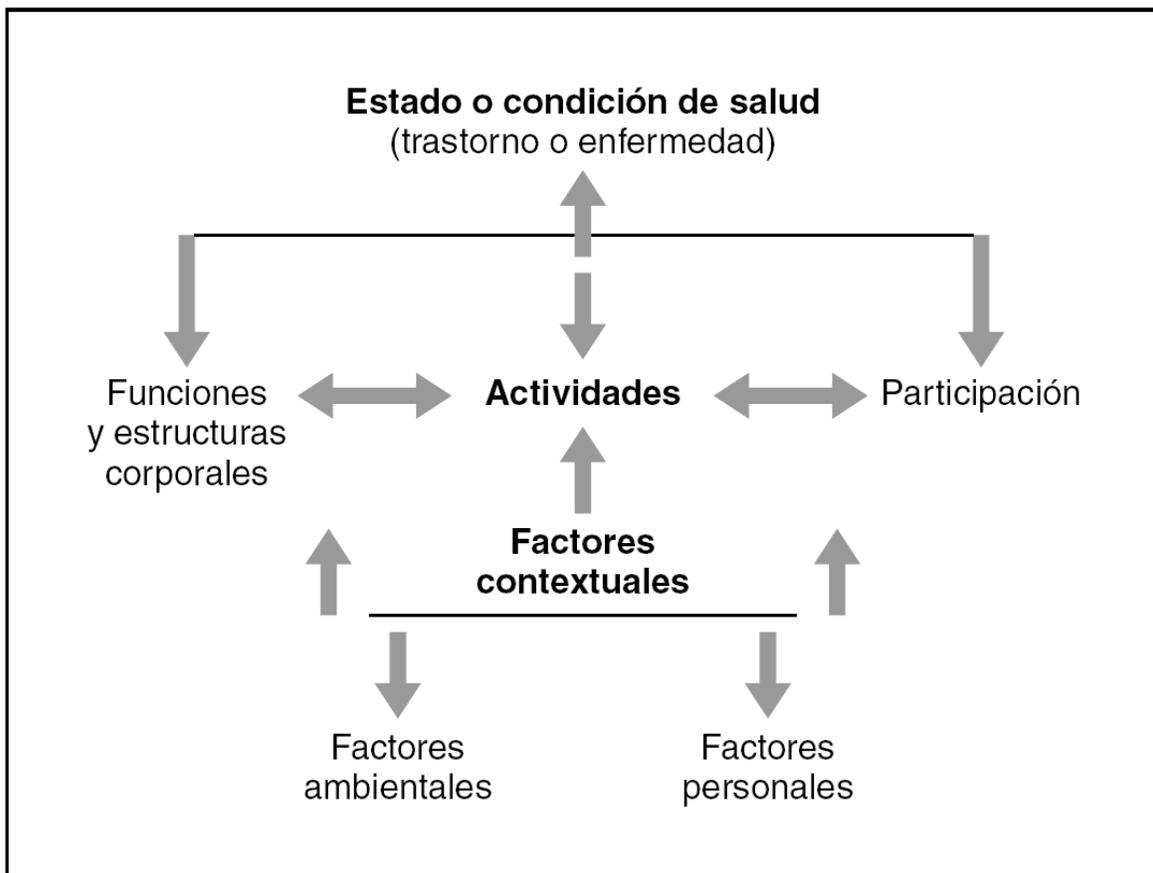


Figura 1: Relación condición de salud y factores contextuales (Villanueva, Eusebio, y Peralta, 2005).

La CIF define actividad, como la naturaleza y el nivel de rendimiento funcional de una persona. Las actividades pueden verse limitadas en su naturaleza, duración y calidad. La limitación en la actividad es la dificultad que tiene una persona para realizar, lograr o concluir

una actividad. Participación se define como la naturaleza y el grado de intervención de una persona en situaciones de vida en relación con la deficiencia, actividad, alteración de la salud y factores contextuales. La participación puede verse restringida en su naturaleza, duración y calidad.

La restricción en la participación es una desventaja para la persona con deficiencia o discapacidad, que se crea o agrava por las características de los factores contextuales (Guajardo, 2009). Los factores contextuales incluyen factores ambientales y factores personales. Los ambientales constituyen el entorno inmediato y social. Los factores personales incluyen las características de la persona y su estilo de vida (Tabla, 1).

Componentes	Parte 1: <i>Funcionamiento y discapacidad</i>		Parte 2: <i>Factores Contextuales</i>	
	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño/ realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación	Facilitadores	No aplicable
	<i>Funcionamiento</i>			
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la Actividad Restricción en la Participación	Barreras/ Obstáculos	No aplicable
	<i>Discapacidad</i>			

Tabla 1: Visión de conjunto de la CIF (OMS,1980).

La CIF de esta forma se introduce por primera vez al modelo social y de derechos humanos de la discapacidad

La discapacidad, desde la Organización de las Naciones Unidas (ONU)

Los trabajos que ha realizado la ONU desde los años 70, representan las acciones más importantes llevadas a cabo por una organización internacional en materia de discapacidad, lo que ha permitido una toma de conciencia y compromiso internacional acerca de los derechos humanos de las personas privadas de autonomía, las cuales, durante mucho tiempo, han permanecido invisibles (Vivas, 2011).

Un hito normativo (y sociocultural) de enorme repercusión que, supone un punto de inflexión al marcar un antes y un después, refiere a la Convención de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (CDPD), presentada en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, la cual, ha venido a cambiar radicalmente el panorama jurídico en esta materia, no por establecer nuevos derechos humanos a los ya proclamados en otros Acuerdos Internacionales, sino, por introducir un nuevo concepto de discapacidad y contemplar medidas de no discriminación y de acción positiva para lograr la efectiva tutela de las personas con discapacidad.

El logro de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad se constituyó en una contribución fundamental al esfuerzo general y mundial de movilización de los recursos humanos, para el que fue necesario prestar especial atención a los grupos de mujeres, niñas y niños, personas adultas mayores, en situación de pobreza, migrantes, personas con múltiples discapacidades, poblaciones indígenas y minorías raciales. Además, de a un gran número de personas refugiadas con discapacidad que tenían necesidades particulares. (IDRM, 2004).

Como resultado de la experiencia acumulada, las Naciones Unidas profundizó en los conocimientos y amplió la comprensión de las cuestiones relativas a la discapacidad y de la terminología utilizada. Posteriormente se reconoció la necesidad de tener en cuenta, no sólo, las necesidades individuales (como rehabilitación y recursos técnicos auxiliares) sino, también, las deficiencias de la sociedad (obstáculos para la participación) (ONU, 2001).

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD)

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, es el primer gran Tratado del sistema universal de derechos humanos del siglo XXI, dirigido a proteger y a reforzar los derechos y la igualdad de oportunidades, convirtiéndose así en el primer Instrumento Internacional de carácter preceptivo y vinculante, que contempla normas explícitas para las personas con discapacidad, con el fin de garantizarles el disfrute igualitario, pleno y efectivo de todos sus derechos humanos (Vivas, 2011).

La especial trascendencia de dicho Tratado internacional, no radica en su contenido innovador, que no lo es, sino en que, a diferencia de otras declaraciones de derechos y principios generales de la ONU, inspiradoras de leyes y políticas de muchos países, pero carentes de fuerza normativa, la CDPD, es un instrumento jurídico de carácter obligatorio. No se está, pues, ante una mera declaración o recomendación, sino ante un pacto internacional de carácter obligatorio para aquellos países que lo ratifiquen (Vivas, 2011).

El propósito de la Convención es promover, proteger y garantizar el disfrute pleno, igualitario y efectivo del conjunto de los derechos humanos de las personas con discapacidad, contemplando acciones positivas, lo que la separa de otros instrumentos normativos que la han precedido (CONAPRED, 2007).

Se trata, sin más, de una nueva manera de pensar y afrontar la discapacidad, tradicionalmente abordada, a través de políticas sociales asistencialistas o sanitarias fundamentadas en prestaciones y no en derechos, propias del modelo médico, rehabilitador o proteccionista en el tratamiento de la discapacidad. Las personas con discapacidad y sus familias son, por fin, tras décadas de intensos trabajos, visibles (Vivas, 2011).

Los Estados que han ratificado o se han adherido a la Convención, se comprometen a adoptar nuevas leyes nacionales y a derogar o modificar las ya existentes con el fin de promover la plena y efectiva inclusión de las personas con discapacidad, en los diferentes ámbitos de la sociedad, garantizando sus derechos y su plena ciudadanía.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y las Comisiones estatales, fueron designados ante el secretario general de las Naciones Unidas y el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, como Mecanismos de seguimiento de la Convención (SRE, 2011).

Modelos y enfoques teóricos para el estudio de la discapacidad

En México, como en el resto del mundo, el siglo XX y lo transcurrido del XXI, han traído consigo una nueva forma de conceptualizar la discapacidad, intentando terminar con las viejas concepciones y asumiendo compromisos para su tratamiento, asistencia, educación e inclusión a partir del ejercicio pleno de sus derechos en la sociedad. No ha sido una tarea sencilla, tampoco ha llegado a su fin. Las falacias a las que la sociedad se sujeta han hecho y hacen que sea difícil superar la percepción equivocada respecto a que toda persona con una discapacidad cumple un castigo divino o es parte de una interferencia en la evolución humana (Egea y Sarabia, 2004).

Los enfoques teóricos para el estudio de la discapacidad no son excluyentes, y conviven a lo largo del tiempo, aun cuando se hayan ido imponiendo enfoques más progresistas. La evolución conceptual transita desde la intervención sobrenatural, hasta la aceptación plena de la persona con discapacidad y, al mismo tiempo, la coexistencia de distintas visiones sobre la misma, condición que revela la dificultad para aceptar la evolución conceptual (Tabla 2).

Los Estudios sobre discapacidad son un campo de investigación y docencia universitaria especialmente activo desde la mitad de los años noventa del siglo pasado. La materia de estudio no se limita a la diversidad existente en el comportamiento humano, su apariencia, funcionamiento, agudeza sensorial o procesamiento cognitivo, sino que, de manera decisiva, atiende al significado que la sociedad da a esa diversidad (Linton, 1998).

Para Linton, la discapacidad es un campo interdisciplinar basado en un análisis sociopolítico que utiliza el conocimiento y metodologías de las humanidades, y las conceptualizaciones y enfoques desarrollados en áreas científicas nuevas. No obstante, Linton reconoce que, a pesar de su gran crecimiento en los últimos años, los estudios sobre discapacidad son más marginados en la academia que lo que son las personas con discapacidad en la comunidad.

Modelo tradicional de la discapacidad

Antes del desarrollo científico y médico, todo cuanto no podía ser explicado mediante las creencias populares, transmitidas de una generación a otra, era atribuido a una manifestación divina, por ejemplo, la discapacidad. Los recién nacidos con malformaciones congénitas eran abandonados en la naturaleza como una ofrenda a los dioses, para alejar la mala suerte de las

familias; algunas enfermedades mentales eran consideradas como una capacidad sobrenatural de comunicarse con las deidades de la comunidad (Barnes, 1998). La concepción tradicional de la discapacidad provocaba que algunas sociedades eliminaran a las personas cuyas condiciones volvían difícil su adaptación a la vida en común.

Palacios (2008) puntualiza que, el modelo tradicional o modelo de prescindencia, (también conocido como modelo moral de la discapacidad) se explica a partir de dos supuestos, uno relacionado con la causa de la discapacidad y otro con el rol de la persona con discapacidad en la sociedad.

Respecto del primero, propone que las causas que daban origen a la discapacidad eran religiosas. A saber, un castigo de los dioses por un pecado cometido, generalmente por la familia de la persona con discapacidad, o bien una advertencia de la divinidad que –a través de una malformación congénita– podía estar anunciando que la alianza ancestral se había roto y que se avecinaba una catástrofe.

En cuanto al segundo supuesto, que identificaba el rol de la persona con su utilidad, se partía de la idea de que la persona con discapacidad no tenía nada que aportar a la sociedad, que era un ser improductivo y, por consiguiente, terminaba transformándose en una carga tanto para su familia como para la comunidad. A raíz de la condición de castigadas e innecesarias que etiquetaba a las personas con discapacidad, surgen dos enfoques dentro del modelo de prescindencia: el eugenésico y el de marginación.

En el enfoque eugenésico –característico del mundo griego– la solución estaba orientada a la eliminación física del neonato imperfecto, mientras que en el enfoque de marginación – puesto en práctica con la introducción y expansión del cristianismo– el objetivo se alcanzaba mediante la separación del recién nacido del núcleo social o el abandono de este. Es importante recalcar que, incluso en el mundo clásico, el trato dado a quienes nacían con una discapacidad no era igual que el recibido por quienes la adquirían durante su desarrollo posterior.

La introducción y expansión del cristianismo produce un cambio importante en la situación de las personas con discapacidad, pues se condena el infanticidio, de ahí que, el Medioevo haya sido prolífero en asilos y hospitales donde eran cuidados los niños y las niñas con discapacidad que las familias habían abandonado, dando origen al Modelo Asistencial de la

Discapacidad, que antecede al Modelo Médico Rehabilitador como se conoce actualmente (Palacios, 2008).

A partir del enfoque de marginación, especialmente durante los primeros siglos del cristianismo, las personas con discapacidad –aunque marginales– cumplían un rol en la sociedad: ser mendigos para que los ricos pudieran dar limosnas y así alcanzar la salvación, además de constituir la atmósfera perfecta para que la Iglesia hiciera milagros. Sin embargo, hacia la Baja Edad Media, a raíz de la peste negra, comienza a asociarse a las personas con discapacidad con pobreza y contagio, lo que, sumado a las acusaciones de brujería, acaba por convertir la marginación en una verdadera exclusión (Palacios, 2008).

De este modo, al referirse a las personas con discapacidad, la Biblia encerraría, en primer término, una denuncia a los prejuicios de la época y, en segundo lugar, un modelo de relación a partir del amor y de la necesidad del otro de completarse y de ser feliz, revelando además que la discapacidad no define a la persona en cuanto a su dignidad.

Modelo médico rehabilitador de la discapacidad

A principios del siglo XX, a raíz de la Primera Guerra Mundial y de la introducción de las primeras legislaciones en torno a la seguridad social, el concepto de discapacidad vive un cambio de paradigma. Aun cuando se pueden identificar algunos cambios al modelo tradicional en los siglos anteriores, fueron los millares de soldados severamente lesionados durante la Gran Guerra, por un lado, y el auge de las leyes laborales, por otro, los que verdaderamente modificaron la forma de entender la discapacidad: las deficiencias físicas y mentales dejaron de ser consideradas castigos divinos y comenzaron a entenderse como condiciones que podían recibir tratamientos, por lo que las personas aquejadas de alguna dolencia no necesitaban ser marginadas de la sociedad.

Fue así como el Modelo Tradicional o de Prescendencia pasó a ser sustituido por el Modelo Médico-Rehabilitador, cuyos fundamentos matizan la concepción común de la discapacidad hasta el día de hoy.

Los enfoques que sustentan este nuevo paradigma son dos: uno relacionado con las causas de la discapacidad (científico), y el otro con el rol de la persona en la sociedad (normalización).

Vemos así, cómo, al cambiar las causas de la discapacidad, se modifica su concepción religiosa y su tratamiento, pues al entenderse como una deficiencia biológica con causa científica, la discapacidad no sólo puede ser curada, sino, además, en algunos casos, prevenida y, por otro lado, las personas con discapacidad dejan de ser consideradas inútiles respecto de las necesidades de la comunidad y siempre y cuando sean rehabilitadas o “normalizadas”, pueden tener algo que aportar.

El objetivo del Modelo médico-rehabilitador es atender la salud de la persona con discapacidad, o bien modificar su conducta con el fin de ocultar la diferencia y, de ese modo, incorporarla a la sociedad. Pese a que este intento parece bien intencionado, ha recibido dos importantes críticas. La primera es que el tratamiento se lleva a cabo a través de la institucionalización, que, las más de las veces, termina transformándose en marginación y maltrato. En segundo término, se ha reprochado a este paradigma el contribuir a la creación de una identidad en la que la persona con discapacidad se define como enfermo.

Los detractores del Modelo médico-rehabilitador, que lo han visto como una instancia de opresión, alegan que la persona con discapacidad es estigmatizada por una relación en la que el personal médico está sobre la persona con discapacidad (a quien se considera como paciente) y en la que la inserción social queda supeditada a la rehabilitación. Las críticas al Modelo médico-rehabilitador se fundamentan en que el mismo, es el portavoz de una ideología basada en la desaparición de la diferencia, según la cual, el acto de identidad se completaría con la identificación total o normalización, es decir, el ser idéntico a otra persona, o normal como cualquier otra, lo que sea que esto signifique. Lo anterior conduce a la ocultación de la discapacidad en pos de la integración social.

Desde esta perspectiva, la persona se define a partir de parámetros de normalidad, como queda de manifiesto especialmente en el lenguaje; así, se habla, por ejemplo, de inválido o minusválido al referirse a las discapacidades físicas, y de subnormal cuando se intenta catalogar una deficiencia psicosocial, intelectual o sensorial.

No obstante, existen dos aspectos por los cuales el Modelo médico-rehabilitador debe ser valorado. Primero, con el paradigma de la rehabilitación surge la posibilidad del trabajo protegido, pues los Estados comienzan a hacerse cargo de la población en condición de discapacidad. Surgen así políticas públicas tendientes a ofrecer tratamientos médicos y poner los

medios técnicos al servicio de las personas con discapacidad; segundo, aunque supeditada a la rehabilitación, la vida de la persona con discapacidad adquiere sentido.

Con todo, la revisión de los constructos de este modelo revela que, más allá de los avances logrados durante la primera mitad del siglo XX, resulta evidente que el paradigma de la rehabilitación sustituye la caridad medieval por la beneficencia estatal.

Esta postura sostendría que es obligación de la medicina buscar soluciones a la enfermedad y a la discapacidad, y aplicarlas cuando sea preciso, para poder restaurar a la persona en su capacidad de vivir plenamente.

Modelo social de la discapacidad o de enfoque en derechos humanos

Durante la segunda mitad del siglo XX, se advierte un paulatino tránsito hacia un nuevo paradigma respecto de la discapacidad. La revisión de la historia de las resoluciones de Naciones Unidas muestra cómo, el Modelo Médico-Rehabilitador fue dando paso a lo que hoy conocemos como Modelo Social. Así, por ejemplo, en la década de los setenta, dos resoluciones dejan de considerar la recuperación de la salud –término característico del Modelo Médico-Rehabilitador– para referirse a los derechos, enfoque introducido por el Modelo Social.

Esta reflexión teórica ayudaría a las diversas disciplinas de la salud y humanísticas a comprender las deficiencias y discapacidades con el objetivo de contar con una representación integral que considere la interacción de todos los paradigmas existentes.

Desde el Modelo Social, la discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas presentarán alguna condición de discapacidad en algún momento de su vida, y las que lleguen a la vejez experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento. La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto (INEGI, 2014).

Al igual que los avances científicos buscan la cura de la enfermedad, el enfoque de derechos busca que la persona con discapacidad logre la inclusión social y el reconocimiento jurídico y social, que le permitan ejercer sus derechos en su diario actuar.

Tal es el mandato de la CDPD, que establece los principios rectores en la materia in dubio pro capacitate³ de intervención mínima, reconociendo la importancia que reviste para las personas con discapacidad el respeto a su autonomía individual, incluida la libertad de tomar decisiones, su voluntad y sus preferencias (Vivas, 2011).

Conforme a este nuevo paradigma, uno de los principales retos que supone el enfoque de derechos humanos como se refiere en la Convención, es la correcta adaptación de las legislaciones nacionales de los Estados Parte, a las disposiciones que garantizan la igualdad de trato en el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, considerando discriminatoria toda distinción que se base en la condición de discapacidad (Vivas, 2011).

El Enfoque Basado en Derechos Humanos propuesto por el International Council on Human Rights Policy (ICHRP, 2006), se enfoca en los objetivos, procesos y resultados, y considera tres principios, participación, como elemento clave para el diseño e implementación de políticas, no discriminación y rendición de cuentas: 1) el principio de participación sigue la premisa de incorporar las voces de quienes se verán afectados por la política. Significa que, a lo largo de todo el ciclo de la política, desde su diseño hasta su implementación y evaluación, debe existir un mecanismo de participación. porque es el que crea un verdadero sentido de pertenencia a la comunidad; 2) el principio de no discriminación reconoce la importancia de examinar la desigualdad; es el punto de partida para nivelar el terreno para los grupos marginados, y 3) el principio de responsabilidad se asegura de que las políticas se estén implementando realmente y de que haya supervisión y seguimiento.

En el caso de la discapacidad necesitamos una acción del Estado suficientemente fuerte para que, ese más del 15% de la población que presenta alguna condición de discapacidad pueda gozar de los derechos y oportunidades que son suyos. Los particulares pueden practicar la filantropía y la beneficencia, y por ello son admirables; pero el Estado no es filántropo ni caritativo, sino un poder para obligar a garantizar los derechos de sus ciudadanos (Rincón, 2007).

La lucha contra la discriminación no es tarea exclusiva de una institución, es una obligación constitucionalmente fundada de todas las instancias del Estado mexicano. Por ello, es de esperar, que la Comisión Nacional de Derechos Humanos se mantenga vigilante al respecto,

³ Una persona es capaz por el simple hecho de ser persona.

que todas las instituciones públicas entiendan, integren y lleven a la práctica las obligaciones legales de la CDPD, obligaciones que, dicho con orgullo, México contribuyo en buena medida a establecer.

Indicador	Modelo Tradicional	Modelo Médico	Modelo Social
Significado de la discapacidad	La discapacidad es un defecto causado por falta moral o pecado, fracaso de fe, maldad o prueba de fe.	La discapacidad es un defecto o una falla de un sistema corporal que es inherentemente anormal y patológico.	La discapacidad es una construcción social. Los problemas residen en el ambiente que no puede ajustarse a las personas con discapacidades.
Implicaciones morales	La discapacidad trae vergüenza a la persona con discapacidad y a su familia.	Anormalidad médica debido a la genética, la mala salud, los hábitos o el comportamiento de la persona.	La sociedad ha fallado a un segmento de sus ciudadanos y los oprime.
Ideas que lo ejemplifican	"Dios nos da sólo lo que nosotros podemos soportar" o "Hay una razón por la que fui elegido para tener esta discapacidad".	Descripciones clínicas de "pacientes" en la terminología médica. Focalización en las partes del cuerpo.	"Nada sobre nosotros sin nosotros" y "Derechos civiles, no caridad".
Orígenes	Es el modelo más antiguo y aún prevalente en todo el mundo.	Surgió a mediados del siglo XIX. Es el modelo más común en América. Defendido en la mayoría de las clínicas y revistas de rehabilitación.	Nació en 1975, con las manifestaciones de las personas con discapacidades en apoyo a la creación y firma de Leyes en favor de las personas con discapacidad.
Metas de las intervenciones educativas o clínicas	Aceptación espiritual o divina.	"Cura" o mejora de la discapacidad en la mayor medida posible.	Política, económica, social y en sistemas sociales; incremento de la accesibilidad y de la inclusión.
Beneficios del modelo	Aceptación de la discapacidad por ser seleccionado como un ser especial en relación con el propósito de Dios.	Disminución de la sensación de vergüenza y del estigma. Fe en la intervención médica por los incentivos tecnológicos.	Promueve la inclusión de la discapacidad a partir de la propia persona. Estimula el sentido de comunidad y autoestima. Despatologiza la discapacidad.
Efectos negativos	La vergüenza, el ostracismo, la necesidad de ocultar la discapacidad o a la persona con discapacidad.	Promueve el paternalismo, la benevolencia y la caridad. Servicios <i>para</i> , no <i>por</i> , las personas con discapacidades.	Impotencia frente a los cambios necesarios en los sistemas social y político. Confrontación con las ideas prevalecientes.

Tabla 2. Comparación de Modelos Tradicional, Médico y Social (Torices, 2017).

Adaptada de: Roush, S.E y Sharby, N. (2011).

Conclusiones

México se convirtió en un Estado Miembro de las Naciones Unidas, el 7 de noviembre de 1945 y a partir de esa fecha, ha votado, en general, de manera positiva en los Tratados concernientes a las personas con discapacidad.

Llama poderosamente la atención, la casi total ausencia de Tratados internacionales específicos en materia de protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad en el marco de las Naciones Unidas hasta 2006, pese a ser uno de los grupos en situación particular de mayor vulnerabilidad; considerando que mujeres, niñas, niños y población indígena, se exponen a un doble riesgo si presentan discapacidad, y están en consecuencia más susceptibles a que no sean respetados sus derechos humanos (CONAPRED, 2007).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ha marcado un antes y un después en cuanto a la consideración de la persona más allá de su discapacidad, llevando a cabo, a nivel mundial, una auténtica transformación cultural (Vivas, 2011).

En México, opera una Representación de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) desde 1952. La Cooperación de la OPS/OMS, con México parte del Acuerdo de Cooperación Técnica, firmado el 30 de mayo de 1984 y que está sustentado en los mandatos regionales principalmente emanados de resoluciones de los cuerpos directivos de la OPS, así como de la OMS, y de otros Organismos del Sistema de las Naciones Unidas y de la Organización de Estados Americanos (OEA). También contempla las resoluciones procedentes de reuniones regionales o internacionales que dan indicaciones precisas a la OPS y la OMS.

La construcción de una sociedad diferente para las personas con discapacidad, en la que se promueva su desarrollo, se les respete, se les tome en cuenta y vivan en igualdad y dignidad en derechos y obligaciones a los demás, ha dependido de la transformación de la percepción de la discapacidad desde los organismos internacionales citados; esta transformación ha generado un cambio de conciencia y un incremento del conocimiento de las discapacidades, promoviendo

la sensibilización de la sociedad y proporcionando recursos para el desarrollo de este grupo poblacional.

Aunque cada día hay mayor conciencia, esfuerzo y proyectos orientados a generar recursos para hacer que la vida de las personas con discapacidad pueda desarrollarse con dignidad, equidad, libertad y creatividad, aún hay mucho por hacer.

Es necesario continuar trabajando por el desarrollo de las personas con discapacidad que siguen experimentando múltiples formas de discriminación. En principio, haría falta abrir espacios de reflexión con perspectiva de derechos humanos.

Ser persona con discapacidad implica un arduo trabajo personal, los prejuicios, así como las expectativas sociales hacia ellas, las ha enfrentado a descubrir, desarrollar, potenciar y fortalecer nuevos recursos personales para enfrentar dignamente su condición, luchando por abrirse espacio y encontrar aceptación, cercanía, apoyo y respeto.

Los modelos y enfoques de atención a la discapacidad han influido históricamente en el modo en que se sienten y ven las personas con discapacidad, afectando de forma decisiva todos los aspectos de su experiencia y la manera en que ven al mundo y lo enfrentan. La forma en que se relacionan consigo mismas es la forma en que se relacionan con el mundo, y las posibilidades que tienen de progresar en la vida.

Referencias

- Álvarez, L.M., Ávila, G., Bonilla, M.P., Del Moral, M.P., González, M.E., Infansón, V. (diciembre de 2002). Opinión experta respecto al Inventario de Experiencias y Respuesta Sexual en la Discapacidad (IEReSDi) para la población mexicana. (J.L. Álvarez-Gayou, entrevistador)
- Barnes, C. (1998). Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. En L. Barton, *Discapacidad y sociedad*, (p. 59-76). Madrid: Morata/Fundación Paideia.
- Bonilla, M.P. y Morales, O. (2015). Estado del arte de la investigación en discapacidad y sexualidad en México. En *Memorias del simposio derechos sexuales de las personas con discapacidad: avances y retos*. México: GEISHAD AC/CONADIS (Inédito).

- Bonilla, M.P. y Torices, I. (2003). Inventario de experiencias y respuesta sexual en la discapacidad (IEReSDi): Construcción y validación de la escala de respuesta sexual en personas con discapacidad. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 36 (2), 76-84.
- CONAPRED. (2007). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: Protocolo facultativo. México: CONAPRED
- Egea, C. G., y Sarabia, A. S. (2004). Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. *Polibea*. (73), 29-42.
- Guajardo, G. R. (2009). La inclusión laboral de personas con discapacidad intelectual a empresas incluyentes (Tesis de maestría). Monterrey, Nuevo León, México: Escuela de Ciencias de la Educación.
- Hobsbawm, E. (1996, octubre 1). La política de la identidad y la izquierda. *Debate Feminista*, 14. <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.1996.14.331>
- IDRM. (2004). Monitoreo internacional de los derechos de las personas con discapacidad 2004: Informe Regional de las Américas. Washington, DC: Centro para la Rehabilitación Internacional.
- INEGI. (2014). La discapacidad en México, datos al 2014. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (2021). Censo general de población y vivienda 2020. México. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Discapacidad_Discapacidad_02_3cd087c1-6581-4865-b050-0436af00ea54
- Linton, S. (1998). Disability studies/not disability studies. *Disability & Society*. 13 (4), 525-539.
- OMS. (1980a). Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías: Manual de clasificación de consecuencias de la enfermedad. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales.
- OMS. (1980b). International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH). A manual of classification relating to consequences of diseases. Geneva: WHO.

- OMS. (2013). Introducción a la FCI. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_contentyview=articleid=9168yItemid=2562ylang=es
- ONU. (2001). Comprehensive and integral international convention to promote and protect the rights and dignity of persons with disabilities. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/comprehensive-and-integral-international-convention-to-promote-and-protect-the-rights-and-dignity-of-persons-with-disabilities-ares56168.html>
- Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Cinca.
- Rincón, G. G. (2007). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. En Los Derechos de las Personas con Discapacidad (p. 33-35). México: CONAPRED.
- Roush, S. E., y Sharby, N. (2011). Disability reconsidered: the paradox of physical therapy. *Physical Therapy*. 91(12), 1715-1727.
- SRE. (2011). Mecanismo de seguimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Derechos Humanos: Agenda Internacional de México. CDMX: Secretaría de Relaciones Exteriores.
- Torices, I. (2015). Contextualización de los derechos sexuales de las personas con discapacidad. En Memorias del simposio derechos sexuales de las personas con discapacidad: avances y retos. México: GEISHAD AC/CONADIS (Inédito).
- Torices, I. (2018). Propuesta nacional de intervención educativa en sexualidad por los derechos de las personas con discapacidad. (Tesis de doctorado). Ciudad de México, México: Universidad YMCA.
- Torices, I. (2020). Sexualidad y discapacidad física. México: Trópico de Escorpio
- Villanueva, L.C., Eusebio, L.J., y Peralta, S.V. (2005). Las clasificaciones de la enfermedad y la discapacidad de la OMS. *Fisioterapia*. 27 (5), 274-283.

Vivas, T. I. (2011). La Convención ONU de 13 de diciembre de 2006: Impulsando los derechos de las personas con discapacidad. Comunitaria. Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales, 1, 113-128.

Envío a dictamen:	12 abril 2024
Aprobación:	22 mayo 2024

NARRATIVAS TESTIMONIALES SOBRE LAS CREENCIAS Y MITOS DE MUERTE EN JÓVENES QUE PADECIERON COVID-19 Y FUERON INTUBADOS

TESTIMONIAL NARRATIVES ABOUT THE BELIEFS AND MYTHS OF DEATH IN YOUNG PEOPLE WHO SUFFERED FROM COVID-19 AND WERE INTUBED

Dra. Lourdes Gabriela Villafaña Montiel⁴

Dra. Martha Elizabeth Zanatta Colín⁵

Resumen

Con el surgimiento del Covid-19 en el mundo, las personas cambiaron los modos de vida, estilos de relación e incluso costumbres lo cual generó nuevas maneras en el vivir cotidiano. El panorama no era alentador existiendo la posibilidad de enfermarse e incluso morir lo que acrecentó el miedo latente entre la población, así también existía el riesgo de hospitalización y de los tratamientos alternativos, fatalizándose la intubación.

Es así como el presente estudio tuvo como propósito analizar el estado psicológico, emocional, las creencias y mitos de muerte en ocho casos de jóvenes que fueron intubados. Los resultados apuntan en primer orden hacía el sentimiento de soledad, abandono, pensamientos reiterantes e imágenes de muerte al ser hospitalizados y más aún al comunicar por parte del personal médico que era necesario intubar ante la disminuida oxigenación.

Palabras clave: Covid-19, Jóvenes, intubación, creencias de muerte y estado psicológico.

⁴ Profesor-Investigadora de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México. Doctora en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana, cuenta con reconocimiento de perfil deseable PRODEP. Es miembro del cuerpo académico en consolidación "Socialización, Juventud y estilos de Crianza". Sus temáticas de la investigación son sobre psicoanálisis, familia, y salud. Tiene publicaciones científicas nacionales e Internacionales. Correspondencia: lgvillafanam@uaemex.mx

⁵ Docente- Investigadora de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México. Doctora en Educación por la Universidad Autónoma de Morelos, es miembro del Sistema Nacional de Investigadores y cuenta con reconocimiento de perfil deseable PRODEP. Pertenece al cuerpo académico "Socialización, Juventud y estilos de Crianza" Sus temáticas de la investigación son sobre formación, procesos psicosociales, identidad y bienestar. Las publicaciones con las que cuenta son en el ámbito nacional e internacional. Correspondencia: mezanattac@uaemex.mx

Abstract

The emergence of COVID-19 worldwide prompted significant changes in lifestyles, relationship dynamics, and even customs, leading to new ways of living. The prospect of illness and death, coupled with the risk of hospitalization and alternative treatments, such as intubation..

This study aimed to analyze the psychological and emotional state, beliefs, and death myths in eight cases of intubated young people. A qualitative research approach was employed, involving in-depth interviews with eight young people who had undergone intubation due to COVID-19 complications. The interviews were conducted in a semi-structured format, allowing participants to share their experiences in detail. The findings of the study highlight the profound impact of intubation on the psychological and emotional well-being of young individuals. Participants expressed feelings of loneliness, abandonment, and recurrent thoughts and images of death upon hospitalization and, especially, upon receiving the news of intubation from medical personnel due to decreased oxygen level.

Keywords: COVID-19, Young People, Intubation, Death Beliefs, Psychological State.

Introducción

Con la aparición del Covid-19, los seres humanos cambiaron su ritmo de vida, costumbres, las relaciones y se adaptaron a nuevas formas de cotidianidad. La soledad, la angustia, el miedo se exacerbaban ante la incertidumbre, esto fue provocado no sólo por el peligro del posible contagio, el aislamiento social, los internamientos hospitalarios y sus correspondientes tratamientos como lo fue la intubación. Esta última consiste en la ventilación con presión positiva (utilizando dispositivos de bolsa- válvula según Saddawi-Konefka et al. (2015). Al inicio de la pandemia, dicha intervención invasiva, fue altamente criticada y desacreditada por la formación de aerosoles, tal práctica disminuía la capacidad de pre-oxigenación de los pacientes posterior a la medicación para intubar. No obstante, la intubación fue efectiva en algunos pacientes, logro disminuir la dificultad en la respiración que representaba peligro de hipoxia y de paro cardíaco (Aguirre et al. 2021).

La difusión de noticias en redes sociales e internet respecto al incremento de contagios y muertes generó pánico entre la población. En específico, el miedo al contagio y a soledad se consideró, como el principal estresor desencadenante de angustia. Hernández (2020), lleva a

cabo una investigación en México donde recupera datos que reportan que de cada 100 fallecidos 20% fue intubado, dicho estudio epidemiológico señala que las personas gravemente afectadas y que fallecieron tenían comorbilidad con enfermedades crónicas. Ante estas cifras se elevó el miedo a ser hospitalizado e intubado.

De ahí que se produjeron creencias de muerte en torno a dicho tratamiento. Burgoa (2007), sostiene que las creencias tienen tres funciones principales: la primera de ellas es una función cognoscitiva (las creencias actúan como medios para adquirir los conocimientos que permitirán interpretar al mundo en esquemas e ideologías); la segunda es una función emocional ya que las creencias motivan la actividad de las personas para la satisfacción de sus necesidades y aspiraciones y, la última, es una función actitudinal o práctica, dado que las creencias dan origen y determinan las actitudes.

Por otra parte, la muerte es concebida como el término y el límite de la vida, en donde el organismo es incapaz de sostener su homeostasis, sobreviniendo así, el cese de todas las funciones vitales (García-Rillo, et al. 2012). Es así que la muerte, surge como un evento inevitable y universal, que ha generado, a lo largo de la historia de la humanidad, una amplia gama de mitos y creencias. Estas ideas, que varían según la cultura y la época, intentan dar sentido a este misterio y ofrecer consuelo ante la pérdida.

Las creencias se construyen en las esferas intra e interpersonal, mediadas por el contexto sociocultural, es decir, son parte de nuestro entorno que se transmite de generación en generación por medio de la educación, la religión, la cultura y las relaciones sociales. Las creencias se han difundido en diferentes épocas, a través de las narrativas, pero en la actualidad se incrementa su efecto por no solo transmitirse por vía oral interpersonal, sino también a través de la televisión, internet y las redes sociales. Las creencias referentes a la pandemia, sus consecuencias en la salud y la vida de las personas generaron mitos. Dichos mitos constituyen relatos tradicionales de carácter simbólico, así mismo no son fijos ni inmutables, a medida que pasa de una generación a otra, se modifican en función de las experiencias y necesidades de cada época. De esta forma los mitos sobre las enfermedades y la muerte explican cómo la humanidad pasa de un estado pleno a uno de desdicha, como, por ejemplo, el mito de Pandora que al abrir la caja esta contenía todos los males (Gómez, et al. 2023). En síntesis, los mitos y creencias sobre la muerte son una forma

de afrontar el miedo a lo desconocido, ofreciendo respuestas a preguntas sobre el más allá y proporcionan consuelo a las personas que han perdido a un ser querido.

En consistencia, el comité internacional de la Cruz Roja en el (2020), enfatizó la presencia de algunos mitos en la población, como, por ejemplo: el que los jóvenes no podían contraer el virus. Mito que resultó totalmente falso ya que el Covid-19 es un virus afecta a personas de todas las edades, por tanto, es responsabilidad de todos mantener las medidas preventivas. Sin embargo, las personas mayores o personas con enfermedades preexistentes (como el asma, la diabetes o las cardiopatías) presentan mayor riesgo de que la enfermedad evolucione de forma grave.

Asimismo, las personas que se encuentran en lugares donde hay menos posibilidades de distancia física se encuentran más expuestas, por la dificultad para aplicar medidas preventivas de higiene o de mantener el ambiente aireado, situación que enfrentan las personas privadas de libertad o las personas en campos de refugiados.

Cattin, et al. (2022) presentan los resultados de un estudio observacional prospectivo realizado en 2 servicios de medicina intensiva del norte de Italia entre noviembre de 2020 y abril de 2021. El objetivo principal del estudio fue identificar la incidencia de eventos adversos mayores durante la intubación de una cohorte de pacientes COVID. Los resultados muestran una incidencia de eventos peri-intubación superior a la esperada y descrita en otros estudios previos (73,94%), predominando la inestabilidad cardiovascular (65,49%) por delante de la hipoxemia severa (43,54%), que a priori sería la complicación más esperable en estos pacientes. Dichos efectos de la intubación se ha denominado hipoxemia silente que se refiere a los niveles de oxigenación por debajo de lo normal.

En síntesis, los estudios reportan información sobre las medidas de pre-oxigenación, los fármacos y dispositivos utilizados y la tasa de éxito de la intubación. En algunos casos se presentaron complicaciones durante el procedimiento de intubación que originaron diversas secuelas e incluso se precipitó la muerte de algunos pacientes, pero también fue un tratamiento alternativo que salvo muchas vidas humanas.

El confinamiento y las noticias respecto al índice de mortalidad y secuelas de la intervención por intubación produjeron síntomas psicológicos como los que cita Ceberio (2021),

revelando que durante la pandemia por COVID-19 se generaron emociones como el miedo, la angustia y la soledad, acrecentados por la incertidumbre, sentimientos que se gestaron no solo por el peligro de contagio, sino por el aislamiento social ya que abruptamente se prohibió el contacto social. De esta forma las emociones negativas como el temor y la angustia se suscitaron por la soledad durante el confinamiento y por el temor a contagiarse y agravarse con la consecuente necesidad de hospitalización.

Las noticias sobre casos de pacientes que se agravaban y morían en soledad, incrementaron el miedo, incluso se presentaron crisis de pánico en personas vulnerables. Las consecuencias derivadas de la pandemia por Covid-19 han intensificado las soledades ya existentes y han añadido nuevas soledades, lo que incrementa el riesgo de exclusión social de quien padeció Covid 19.

Al respecto Ceberio (2021), señala que la soledad no sólo se produjo ante la falta de contacto social, sino en las situaciones de contagio de gravedad que requirió internamiento en hospitales, por las disposiciones de prohibir irrestrictamente las visitas, norma necesaria por el riesgo de contagio, pero contraria a las necesidades afiliativas de las personas enfermas que requieren de cercanía y expresiones afectivas por parte de sus seres queridos. Situación que también afecto a los familiares de los pacientes, ante el impedimento de las expresiones directas de apoyo o demostraciones afectivas que benefician la evolución del familiar enfermo.

Así el confinamiento que obligó al aislamiento social durante la pandemia, más aún en los pacientes de Covid 19 y sus familias, provocó sentimientos de soledad, ya que se estaba sólo aún en la convivencia familiar y la paradójica conexión-desconexión, no obstante, los avances tecnológicos. Al respecto Viñas et al. (2022), refiere que a nivel macro-social dicha paradoja en una sociedad hiper-conectada, promueve el crecimiento del individualismo en detrimento del colectivo y un incremento en las vivencias de soledad.

Por otra parte, el incremento en la conectividad ha favorecido relaciones superficiales y ocasionales sostenidas en las redes sociales, construidas desde la imagen deseable y las apariencias. Parafraseando a Bauman (2004), estos cambios sociales y el tráfico hacia una sociedad líquida (fundamentada sobre lo que llama modernidad líquida, miedo líquido, amor líquido), caracterizada por el marcado carácter hiper-individualista y apoyada sobre la fluidez de

las relaciones sociales y la fragilidad de los vínculos; generan precisamente el individualismo, la liquidez de estos vínculos, la incertidumbre.

La importancia de la conectividad en la pandemia frente a la desconexión de la comunidad, son algunos de los factores que influyeron directamente en el sentimiento de soledad de las personas jóvenes y adolescentes.

En la etapa de la adolescencia los jóvenes requieren de la relación con iguales, o amistades con los que se identifican, sin embargo, la sensación de soledad aumento significativamente en esta etapa de vida, afectando a los jóvenes durante la época de pandemia. La afectación del confinamiento impuesto, según Lepin (2020) limitó actividades regulares de las personas como ir al colegio, trabajo, deporte y reuniones sociales, y la restricción de la libertad impidieron las relaciones filiales paternas saludables, en tanto que se aumentó sustancialmente la violencia intrafamiliar.

En consistencia, la Organización Mundial de la Salud (2020), reporto que durante este tiempo aumentaron en un 70% las llamadas a los números de emergencia por situaciones de violencia contra las mujeres y los niños en distintos países miembros.

En congruencia, Brooks et al. (2020) demostraron los efectos negativos de la pandemia respecto de la salud mental. Reportan que, durante ese período, la población presentó: mayor distrés psicológico, síntomas de estrés postraumático, depresión, insomnio, irritabilidad, emociones de miedo, tristeza y culpa.

Asimismo, Qiu et al. (2020) señalan que las mujeres, estudiantes universitarios y adultos mayores fueron los grupos más vulnerables ante la pandemia. En consistencia, Becerra et al. (2020) refieren mayor psicopatología en los grupos más jóvenes e inactivos laboralmente, con población española. Meza et al. (2023) informan de resultados coincidentes en una investigación con jóvenes menores de 35 años, las conclusiones señalan la presencia de mayor sintomatología psicopatológica y malestar emocional.

Cabe mencionar que los estudios citados, sólo se han referido a las implicaciones de la pandemia y el confinamiento obligado, en población que no contrajo la enfermedad. Sin embargo, en jóvenes que se gravaron por Covid 19 y requirieron intubación, el impacto psicológico que provocó la enfermedad, hospitalización e intubación fue devastador en el

aspecto mental, emocional y por consecuencia afecto la salud mental de los participantes durante el padecimiento. Lo anterior plantea el siguiente cuestionamiento de investigación:

- ¿Cómo será el estado Psicológico, mitos y creencias de muerte en jóvenes que padecieron Covid-19?

Método

Objetivo General

- Analizar el estado psicológico, emocional, las creencias y mitos de muerte en ocho adolescentes que fueron intubados por padecer Covid-19. A través de la narrativa

Objetivos Específicos:

- Identificar el estado psicológico en ocho adolescentes que fueron intubados al enfermar de Covid-19.
- Identificar el estado emocional en ocho adolescentes que fueron intubados por Covid-19
- Identificar las implicaciones de las creencias de muerte en ocho adolescentes que fueron intubados por padecer Covid-19.
- Identificar las implicaciones de los mitos de muerte en ocho jóvenes que fueron intubados al enfermar de Covid-19
- Identificar la percepción actual de salud que tuvieron ocho adolescentes que fueron intubados por padecer Covid-19.

Tipo de Estudio

Se realizó mediante el paradigma cualitativo que implica hacer énfasis en los procesos y en los significados que no son determinados por mediciones rigurosas, de tal manera que el método de análisis que se utilizó en esta investigación corresponde al método interpretativo- hermenéutico, que consiste en conocer las realidades interiores y características de las personas, grupos o sociedades. Así mismo, como piensan y sus motivaciones individuales, todo ello mediante la técnica de narrativa.

Eje Temático

Estado psicológico y emocional general de una persona en relación a su estabilidad emocional y funciones adaptativas. La buena salud mental comprende un estado de bienestar en el que la persona es capaz de enfrentarse con las situaciones cotidianas, es responsable, resuelve los retos y tiene buenas relaciones con los demás.

Lo anterior también nos lleva a considerar el estado psicológico y emocional. La Organización Mundial de la Salud (2022), señala que la salud mental refiere el estado de equilibrio entre una persona y su entorno sociocultural que garantiza su participación laboral, intelectual, las relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.

Categorías de Análisis

Estado Psicológico: se define como la capacidad que tiene una persona para poder lidiar con las exigencias internas y socioculturales. Esta engloba herramientas para poder solucionar problemas y calidad de relaciones filiales. (Kort, García & Pérez, 1998).

Estado Emocional: es un estado generalizado y persistente que influye en la manera de percibir el mundo, de acuerdo con las vivencias emocionales que determinan las conductas y pensamientos que expresa el sujeto. (Edo.& Ballester, 2006)

Las creencias según Burgoa (2007) con relación a esquemas cognitivos que determinan apreciaciones, juicios y mitos con funciones de tipo cognitiva, emotiva y disposiciona

Ahora bien, con respecto a las creencias de muerte es concebida como el término y el límite de la vida, en donde el organismo es incapaz de sostener su homeostasis, sobreviniendo así el cese de todas las funciones vitales (García-Rillo, García-Pérez y Duarte, 2012).

El mito puede ser tradicional o de carácter simbólico, que narra como si fueran reales, acontecimientos extraordinarios y trascendentes. Taipe (2004), señala que los mitos narran también todos los acontecimientos primordiales como consecuencia de los cuales el hombre ha llegado a ser lo que es hoy; es decir, un ser mortal, sexuado, organizado en sociedad, obligado a trabajar para vivir, y que trabaja según ciertas reglas.

Participantes

La muestra se conformó por ocho jóvenes, Respecto al nivel de escolaridad: 5 de los participantes estudian en el nivel superior y el resto truncaron sus estudios desde el nivel medio

superior aplicándose actualmente como empleados en la industria. Dos de los jóvenes pertenecen al sexo femenino y 6 al masculino. Con una edad de 21 a 25 años y la media de edad de 22.75 En un período comprendido de 15 meses de duración de la aplicación de la técnica, recuperando sus narrativas sobre las creencias y emociones vividas durante su enfermedad.

Los criterios de inclusión consistieron en: padecer Covid 19 variante Delta, hospitalizados e intubados por presentar síntomas graves; los participantes presentaron comorbilidades de obesidad y fueron diagnosticados, posterior a la enfermedad, con estrés post-traumático en el transcurso del confinamiento y enfermedad.

Los jóvenes firmaron la carta de consentimiento informado. Se les aseguró confidencialidad y anonimato de la información recabada. Los datos fueron recabados durante los años 2022 y 23. Del contexto los jóvenes en un 50% pertenecen a familias el integradas y en esta misma proporción viven en familias desintegradas, según la información recuperada, Todos son originarios del Estado de México, tres de ellos vive en la Ciudad de Toluca.

Durante el confinamiento y la enfermedad se generaron conflictos al interior de la familia. Así mismo los participantes describen sus hogares pequeños y sencillos, lo que generó tensión en las dinámicas de las relaciones intrafamiliares.

Técnica de Recolección

Narrativa: El conocimiento que se construye sobre los fenómenos sociales exige al investigador realizar procesos metodológicos enmarcados en el análisis y la interpretación no solo de los hechos y problemas a los que se enfrenta en la realidad social, sino sobre los discursos que se crean y circundan en aras de brindar descripciones y explicaciones claras sobre dicha realidad. (Citado en Rodríguez, Angélica. 2020).

La investigación narrativa se ubica dentro el Paradigma Cualitativo, que supone una aproximación natural e interpretativa de la subjetividad y ofrece muchas posibilidades para investigar el yo, lo personal y lo social, así como las relaciones entre las identidades, las culturas y la estructura u organización. Se aplicó en forma individual se grabaron en audio las narrativas previo consentimiento informado. Consistiendo la consigna oral en describir en sus relatos las condiciones al enfrentar la enfermedad, “como te sentías durante el padecimiento” también

“relata cómo te has sentido después de la enfermedad”. En todos los casos se les pidió que si recordaban algo más lo podían entregar en relato escrito.

Procedimiento

Una vez seleccionados los participantes bajo los criterios de inclusión señalados en el apartado de participantes y de obtener su consentimiento informado, se realizó la entrevista semiestructurada. Se transcribió la información recabada en cada tópico por participante y se clasificaron los relatos de los participantes por temas contenidos en los objetivos de investigación. Se identificaron los temas centrales que dieron respuesta a las preguntas de investigación y se realizaron inferencias en relación con el estado psicológico, emocional, creencias y mitos de los participantes.

Análisis de datos

Se trabajó con el método hermenéutico, tomando en cuenta que para elevar el nivel de validez de esta fase se consideraron los criterios Radnitzky (1970) que constan de siete pasos:

- Utilizar un procedimiento dialéctico que va del significado global a las partes y viceversa (círculo hermenéutico), ampliando su significado (círculos concéntricos).
- Cuestionar, al hacer una interpretación, ¿qué la hace razonable?
- Procurar autonomía al objeto (entender que dice el texto y los términos de las cosas de que habla).
- Considerar antecedentes y contexto, dando importancia a la tradición, normas, costumbres y estilos anteriores, ya que dan significado a ciertos términos primitivos.
- Apreciar y comprender al que brinda la información (marco interno de referencia).
- Diferenciar la interpretación de las partes con el significado total y de otros textos/conductas del mismo autor.
- Interpretar y descubrir mediante un pensamiento perspicaz y original.

Considerando estas pautas y para el análisis–síntesis de la información se categorizaron los datos obtenidos a partir del eje temático, identificando las cualidades relevantes, conceptos y códigos

tomando en atención las dimensiones en cuanto a intención, función y significado a través de los indicadores temáticos conforme a los segmentos que lo representan.

Resultados

La información recabada en el presente estudio, en primer orden, plantea la auto-percepción de los jóvenes durante la enfermedad, destacándose angustia e incertidumbre, desamparo y tristeza. La siguiente categoría corresponde a los sentimientos expresados durante el padecimiento. Los sentimientos más consistentes fueron: el sentimiento de soledad a lo largo de todo el proceso, sentimientos de abandono, temor a morir y de nueva cuenta se evidencia el desamparo que percibieron y sintieron en todo momento.

Los mitos sobre la muerte fueron infundidos por la información en redes sociales, televisión e internet ya que el tratamiento de la intubación fue considerado como sinónimo de muerte que les provocó una intensa angustia, es decir, se presentaron creencias de fatalidad que produjeron intensa angustia. Las creencias de muerte y los mitos generaron angustia y el miedo estuvo presente de forma consistente en sus relatos.

Así también, al comunicarles que serían hospitalizados e intubados provocó ideaciones e imágenes mentales de peligro de muerte, pensamientos torturantes incontrolables sobre el morir en soledad, sin posibilidad de expectativas de vida futura. Los participantes refieren esta experiencia como la responsable de haber acabado con su fe religiosa en aquellos momentos. En la auto-percepción actual, tratan de poseer pensamientos positivos, no obstante, que siguen experimentando crisis de angustia y en algunos, problemas somáticos. La mayor parte de los jóvenes evitan la soledad y tratan de relacionarse de forma más afectiva con su entorno.

Conclusiones

El confinamiento ante la pandemia por Covid-19, por sí mismo, causó afectaciones a nivel psicológico en la población, así la presencia del virus generó una pandemia de información en los medios y en la interconectividad. En muchas ocasiones consistió en información falsa y/o mal interpretada, como ejemplo, el tratamiento por intubación.

No obstante, que la soledad está implícita en la etapa de la adolescencia como parte de la transición, se incrementó por el confinamiento durante la pandemia. Por otra parte, se

presentaron emociones negativas por el miedo durante el proceso de enfermedad, la hospitalización, y los tratamientos. En específico, la intervención por intubación se consideró como sinónimo de muerte y condujo a la producción de pensamientos de muerte, angustia de muerte, percibiéndose en total desamparo y desesperanza.

La familia como soporte de sus integrantes cumple un papel fundamental, sin embargo, bajo las restricciones obligadas a nivel hospitalario e incluso en el hogar, la enfermedad se vivía en total aislamiento y soledad. Durante el tiempo de confinamiento las relaciones se tornaron violentas, en algunos casos. Los participantes expresaron que, una vez detectada la enfermedad, sufrieron violencia verbal por parte de sus familiares, consistente en algunos insultos y en culparlos por los posibles contagios en la familia. Reacciones que pueden atribuirse a la soledad ante el encierro que les impedía liberar las tensiones que se gestaban al interior de las familias y al temor al contagio y a las pérdidas de los familiares en condición de salud vulnerable.

Pandemia, enfermedad, y muerte se producía en total soledad, causando impactos psicológicos severos, así la conciencia de muerte generó pensamientos fatalistas ante la posible finitud, debido a las cifras y pérdidas cercanas y el riesgo de muerte al enfermar. En la actualidad los impactos en la salud mental de quienes estuvieron hospitalizados e intubados causó estrés pos-traumático que los jóvenes afrontan con diversos recursos. Las creencias y mitos son parte de la cultura en la que se desarrolla el ser humano y del contexto en el que se vive. Las creencias y variados mitos durante el tiempo de pandemia intensificaron los pensamientos y mitos de muerte durante el proceso de enfermedad por Covid-19.

Referencias

- Aguirre, S., Herrera, E., Santiago, T., Meneses, O., Guerrero, G., Monares, Z., Mejía, O., Carrillo, E., (2021). Intubación de pacientes con SARS-CoV-2: una guía “primera línea” para minimizar la generación de aerosoles durante el procedimiento. *Revista Medicina Crítica*, 35, (2), <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99532>
- Bauman, Z. (2004). *Modernidad Líquida*. Argentina: Fondo de Cultura Económica de España
- Becerra, G.K., Giménez, B. G., Sánchez, G.T., Barbeito, R.S. y Calvo, A. (2020). Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por Covid-19 en población general española: un

- análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales ocupacionales. *Revista española de Salud Pública*, 94 (1), 1-11
<https://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=7721488>
- Brooks, S.K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg. N. Y Rubin, G.J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and how to Reduce it: Review of the Evidence. *The Lancet*, 395 (10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Burgoa, L. (2007). *Las creencias: estudio filosófico del conocimiento credencial*, España: San Esteban.
- Cattin I., Ferrari F., Mongodi S., Pariani, E., Bettini G., Daverio F., (2022) Airways management in SARS_COV-2 acute respiratory failure: A propective observational multi-center study. *Revista Med intensiva*, 47, (3),
<https://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36155747/>
- Ceberio M. (2021) Covid-19: La muerte en soledad aislamiento, miedo al contagio y duelo en pandemia. *Revista 19*, (2),
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?scrip=sci_arttex&pid=S2077-21612021000200001
- Comité internacional de la Cruz Roja (2020). Los 10 mitos sobre la COVID-19 chequeadas con nuestros especialistas y autoridades mundiales de la salud.
<http://www.icrc.or/es/documento/10-mitos-y-verdades-sobre-la-covid-19-otrosidiomas>.
- Edo, M. y Ballester R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 11, (2), 79-90.
<http://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/02.20062.Edo-y-Ballester.pdf>
- García-Rillo, A., García-Pérez, L. y Duarte, J. (2012). La muerte como experiencia de vida y la labor humanística de anunciar la muerte en medicina. *Revista Medicina Interna de México*, 29, (6), 598-602.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim1261.pdf>

- Gómez, A., Salcedo, Z., Acosta, D., Ovalle, C., Ríos, D. (2023). La caja de pandora: mito paralelismo y vigencia cultural. Portal de revistas de ciencias de Up Synergía. 2, (1). 1-12
[file:///Users/lourdesgabrielavillafanamontiel/Downloads/V2N1_Articulo+--+-\(4\).pdf](file:///Users/lourdesgabrielavillafanamontiel/Downloads/V2N1_Articulo+--+-(4).pdf)
- Hernández, B. (2020). COVID-19 en México: un perfil sociodemográfico. Revista Notas de Población N° 111. 105-132.
<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/d5d4eb3c-d78f-4fb1-8964-cc8d9eb30f0c/content> No. 111. 105-132.
- Kort, F., García, J. y Pérez, L. (1998). Estado psicológico del habitante de Caracas (Venezuela). Revista Latinoamericana de Psicología. 30, (1), 137-146.
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80530108.pdf>
- Meza, P. C., Rodriguez, A. C., Domínguez, V. B., (2023). Síntomas psicológicos durante la pandemia por COVID-19 en Nuevo León. *Psicumex*, 13(1), 1-17
<https://psicumex.unison.mx/index.php/psicumex/article/view/570/427>
- Organización Mundial de la Salud (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our.response>.
- Organización Mundial de la Salud (2020). OMS confirma aumento de violencia contra mujeres por cuarentenas. Recuperado de <https://www.dw.com/es/oms-confirma-aumento-de-violencia-contra-mujeres-por-cuatrentenas/a-53366780>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. Y Xu, Y. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress Among Chinese People in the COVID-19 Epidemic: Implications and Policy recommendations. *General Psychiatric*, 33(2), e100213.
<https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Radnitzky, G. (1970). Contemporary Schools of Metascience. Scandinavian University Books.
- Rodríguez, A. (2020). La narrativa como un método para la construcción y expresión del conocimiento en la investigación didáctica. *Universidad La gran Colombia* 16, (2), 183-195. <http://doi.org/10.18634/sophiaj.16,2i.965>

Russotto, V., Myatra, S., Laffey J., Tassistro, E., Antolini, L., Bauer, P. (2021). Intube Study INvestigators practices and adverse peri-intubation events in critically ill patients from 29 countries. JAMA. 325, (12), 1164-1172.

<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2777715>

Saddawi-konefka, D., Hung, S., Kacmarek, R. Y Jlang, Y., (2015). Optimizing Mask Ventilation: literatura Review and Development of a conceptual framework. Revista Respiratory care. 60, (12), 1834-1840 <http://rc.rcjournal.com/content/60/12/1834>

Taipe, C., (2024). Los mitos, Consensos, aproximaciones y distanciamientos teóricos. Gazeta de antropología. 20, (16).

http://www.ugr.es/pwllac/G20_16NestorGodofredo_Taipe_Campos.html

Viñas De temple, C., Cruz Gifreu, E., Sánchez Codern, H., del Rio, J., García López, M., Pujol, Morcillo., Terribas pie, R., Leyva, S., Angelia, S. (2022). Adolescencia y juventud: en la sociedad en época de pandemia. Educación Social. Revista de Intervención socioeducativa, 80, p. 81-95.

Envío a dictamen:	26 abril 2024
Aprobación:	21 mayo 2024

**EMOCIONES NEGATIVAS, ANSIEDAD Y DEPRESION EN PERSONAS
DIAGNOSTICADAS CON VIH**

**NEGATIVE EMOTIONS, ANXIETY AND DEPRESSION IN PEOPLE DIAGNOSED
WITH HIV**

Colín Alcántara Miriam⁶

Gutiérrez Morales Shanad Adalit⁷

Rodríguez Mercado Araceli⁸

Villegas Gómez Karol Teresa⁹

Resumen

Esta investigación analiza las emociones negativas, ansiedad y depresión en hombres diagnosticados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH en Toluca, México. Se trabajó con 30 participantes, con edades entre 20 y 62 años. Se utilizaron entrevistas a profundidad y los inventarios de depresión y ansiedad de Beck. Los resultados revelaron que los principales pensamientos al recibir el diagnóstico incluían miedo a la muerte y la resolución de seguir el tratamiento. Las emociones predominantes fueron tristeza y enojo. La mayoría de los participantes no sintieron cambios significativos en su vida social, pero algunos experimentaron mejoría en sus relaciones familiares. Una alta correlación entre ansiedad y depresión subraya la necesidad de apoyo psicológico continuo. Este estudio resalta la importancia de un enfoque

⁶ Estudiante de la Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta en la Licenciatura en Psicología, sexto semestre. Correspondencia: Mcolina005@alumno.uaemex.mx

⁷ Estudiante de la Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta en la Licenciatura en Psicología, sexto semestre. Correspondencia: shanadadalit@gmail.com

⁸ Estudiante de la Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta en la Licenciatura en Psicología, sexto semestre. Correspondencia: rodriguez037@alumno.uaemex.mx

⁹ Estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta en la Licenciatura en Psicología, sexto semestre. Correspondencia: katevig27@gmail.com

integral en el tratamiento del VIH, que incluya atención médica y apoyo psicológico, y aboga por reducir el estigma social asociado a la enfermedad.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, emociones negativas, VIH.

Abstract

This research analyzes negative emotions, anxiety and depression in men diagnosed with HIV in Toluca, Mexico. We worked with 30 participants, aged between 20 and 62 years. In-depth interviews and Beck's depression and anxiety inventories were used. The results revealed that the main thoughts upon receiving the diagnosis included fear of death and the resolution to continue treatment. The predominant emotions were sadness and anger. Most participants did not feel significant changes in their social lives, but some experienced improvement in their family relationships. A high stimulation between anxiety and depression underlines the need for continuous psychological support. This study highlights the importance of a comprehensive approach to HIV treatment, including medical care and psychological support, and advocates reducing the social stigma associated with the disease.

Keywords: Anxiety, depression, negative emotions, HIV.

Introducción

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (organización mundial de la salud, OMS, 1948), así mismo la OMS reconoce que este equilibrio de salud puede verse alterado la enfermedad, entendida por la misma organización, como una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas y manifestada por síntomas y signos característicos, cuya evolución es más o menos previsible (OMS, 2006). Las enfermedades son causadas por virus, bacterias, hongos o parásitos. En la década de los 80, uno de los virus que cobro notable influencia fue el VIH, el cual se detectó por primera vez en 1981 en Estados Unidos.

El virus de inmunodeficiencia humana ataca a los glóbulos blancos debilitando el sistema inmunitario, y esto hace que sea más fácil contraer enfermedades como la tuberculosis, otras infecciones y algunos tipos de cáncer. Se transmite a través de los líquidos corporales de las

personas infectadas, como sangre, leche materna, semen y secreciones vaginales. El VIH también puede transmitirse al bebé durante el embarazo y el parto. En cambio, no se contagia mediante contactos ordinarios cotidianos como besos, abrazos o apretones de manos, ni por el hecho de compartir objetos personales, agua o alimentos. Los comportamientos y afecciones que aumentan el riesgo de contraer el VIH son desde tener relaciones sexuales sin preservativo, padecer otras enfermedades de transmisión sexual, recibir inyecciones, transfusiones o trasplantes de tejido sin garantía (OMS. 2023)

En el contexto de la salud pública global, la pandemia por VIH sigue siendo una de las más desafiantes. A nivel mundial, aproximadamente 39 millones de personas vivían con VIH al finalizar el año 2022. A pesar de los avances significativos en la terapia antirretroviral que ha aumentado el acceso al tratamiento, particularmente en regiones de bajos ingresos, donde la epidemia sigue siendo severa (OMS, 2022).

En México, la epidemia por VIH sigue siendo un problema de salud pública, con tasas de prevalencia persistentemente altas. Para el 16 de octubre de 2023, se estima que, México tenía una prevalencia de VIH del 0.3 por ciento -0.3-0.4-; lo que significa que 3 de cada mil personas vivían con VIH a finales de ese año, especialmente entre la población de 15 a 49 años con 0.4%. A pesar de los avances en la prevención y tratamiento, persisten los estigmas y prejuicios hacia las personas con VIH en la sociedad mexicana.

El impacto del Virus de Inmunodeficiencia Humana trasciende la mera infección viral, manifestándose en complicaciones de largo alcance que afectan lo físico, psicológico y social.

1. Secuelas físicas: La terapia antirretroviral –TAR – ha transformado el VIH en una enfermedad manejable crónicamente; sin embargo, las complicaciones asociadas persisten. Estas incluyen, pero no se limitan a: enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, disfunciones renales y hepáticas, que son comunes como efectos secundarios del tratamiento a largo plazo y de la propia enfermedad (Deeks et al., 2013; Guaraldi et al., 2011).

2. Secuelas psicológicas: Los desafíos psicológicos incluyen un mayor riesgo de depresión, ansiedad, y trastornos del estado de ánimo, que son significativamente más prevalentes en las personas con VIH en comparación con la población general (Bing et al., 2001). Estos desafíos

son exacerbados por el estigma y la discriminación que siguen siendo prominentes y afectan profundamente la calidad de vida de los pacientes (Rao et al., 2012).

3. Secuelas sociales: A nivel social, el estigma asociado al VIH puede llevar a la exclusión social, dificultades laborales y rupturas en las relaciones personales y familiares. Estos factores pueden limitar el acceso a recursos de salud y apoyo social, esenciales para una gestión efectiva del VIH (Mahajan et al., 2008).

Los anteriores datos y consecuencias muestran porque el VIH es objeto de estudio de diferentes disciplinas una de ellas es la psicología

El diagnóstico de VIH puede tener un impacto en la salud mental del diagnosticado, en la investigación de Muñoz Proaño (2022) “se demostró que el diagnóstico reciente de VIH puede tener un impacto significativo en la salud mental de los pacientes. Se demostró que este diagnóstico se asocia con pensamientos, emociones y conductas que reflejan la vulnerabilidad del individuo, especialmente si no hay un adecuado sistema de apoyo. Además, el virus puede causar alteraciones en el sistema nervioso, manifestándose en dificultades cognitivas y conductuales.”

Además de estas afectaciones cognitivas y conductuales, “otros factores que pueden contribuir a los trastornos de salud mental en las personas con el VIH las siguientes:

- Dificultad para contarles a otras personas sobre el diagnóstico del VIH.
- Estigma y discriminación relacionados con el VIH.
- Pérdida de apoyo social y aislamiento.
- Dificultad para obtener servicios de atención de salud mental.”

De la misma forma la Cruz Roja mexicana (2022) comenta que recibir un diagnóstico grave, como el VIH, puede tener un profundo impacto emocional difícil de manejar, provocando ansiedad, depresión, insomnio y la necesidad de aislarse. Los especialistas reconocen la importancia tanto de la carga emocional como de la viral en las personas con VIH para garantizar una buena calidad de vida. El estigma y la falta de cura de la enfermedad pueden aumentar el riesgo de trastornos psicológicos y enfermedades mentales.

El tratamiento antirretroviral y el cuidado de la salud mental son fundamentales, ya que los trastornos mentales pueden afectar la adherencia al tratamiento. La colaboración entre especialistas clínicos y de salud mental es esencial para abordar adecuadamente las necesidades de los pacientes con VIH, teniendo en cuenta que el mismo tratamiento puede tener diferentes efectos en diferentes personas.

Osorio et al., (2019) al igual que Muñoz Prado (2022) demuestran que el diagnóstico reciente de VIH puede tener un impacto significativo en la salud mental del paciente, esta investigación indica que la aparición de la ansiedad y de la depresión son condiciones frecuentes en los primeros años posteriores al diagnóstico y que esto a su vez influyen entre tener una buena y mala adaptación psicosocial a la enfermedad

Villalvir et al., (2020) comenta que la principal emoción negativa al recibir el diagnóstico es la tristeza. A pesar de esto se puede estar que las emociones como alegría, optimismo y el deseo del paciente por seguir luchando influyan en una buena adherencia al tratamiento. Así mismo se habla sobre la discriminación hacia las personas que padecen VIH, esto a causa del poco conocimiento que se tiene del virus, por ende, los pacientes prefieren mantener en secreto su enfermedad y aislarse de las demás personas, sin una red de apoyo que proporcione motivación por miedo a ser rechazado por parte de sus amigos o familiares.

Romero et al., (2022) habla sobre los factores socioculturales que ejercen influencia en el estado emocional de las personas infectadas con VIH, se obtuvo que se encuentran los factores personales, como el no poder contar con un empleo, o que se cierran puertas en el ámbito laboral cuando ellos cuentan sobre su situación, además de ello, el que muchas de sus relaciones sociales se hayan terminado, cuando han decidido exponer a sus amigos su enfermedad, aunque lo que prevalece y se rescata es el apoyo del grupo familiar. Al igual que el estudio de Villalvir et al., (2020), la principal emoción negativa que experimentan es la tristeza, seguido de sentimientos de vacío, desesperanza, soledad, los cuales se pueden asociar a depresión, se concluye que el estado emocional luego del diagnóstico afecta significativamente en las personas disminuyendo su calidad de vida

Método:

Se trabajo con 30 participantes varones elegidos a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, con un rango de edad de 20 a 62 años, y una media de edad de 32.57.

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión para los participantes, querer participar, diagnósticos positivos, firmar los consentimientos informados, completar la sesión e instrumentos.

Así mismo, se aplicaron los criterios de exclusión son, personas que no quisieran participar, diagnósticos negativos, no firmar el consentimiento informado, no completar la sesión e instrumentos.

Técnicas/Instrumentos

- 1 Entrevista a profundidad: es una técnica de investigación cualitativa que permite adentrarse en la opinión de los entrevistados mediante una conversación dirigida hacia temas relevantes, obteniéndose así información detallada sobre un fenómeno específico. Así pues, para la presente investigación se diseñó un guion de entrevista con 15 reactivos.
- 2 Inventario de depresión de Beck-II, el autor es Aarón T. Beck. Se trata de un auto informe que consta de 21 reactivos que valoran los síntomas de depresión en personas de 13 años en adelante, cada reactivo tiene 4 opciones de respuesta tipo Likert. Así mismo este instrumento tiene un nivel de confiabilidad de .92 y un nivel de validez de concurrente adecuada de $r = .70$ (Guillen et al., 2019)
- 3 Inventario de ansiedad de Beck, el autor es Aarón T. Beck. Se trata de un auto informe conformado por 21 reactivos que valoran los síntomas de la ansiedad mediante una escala de tipo Likert que va de 0 a 3. Así mismo este instrumento tiene un nivel de confiabilidad de .75 y de validez de .87 (Guillen et al., 2019)

Procedimiento:

Los participantes que tomaron parte en la presente investigación asistieron a una sesión y la sesión se dividió en las siguientes fases: lectura y firma del consentimiento Informado, aplicación del inventario de ansiedad de Beck, entrevista a profundidad y aplicación del inventario de depresión de Beck

Resultados

La muestra que forma parte de la investigación tiene una media de edad de 32.57 años, así mismo se observó que la mayoría de los participantes tienen entre 20 y 29 años (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Rango de edad de los participantes

Rango de edad	f
20-29	12
30-39	11
40-49	6
50 en adelante	2

Fuente: Elaboración propia

Dentro de los participantes se encontró que la mayoría de ellos tienen una preferencia sexual “gay” (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Preferencia sexual de los participantes

Preferencia sexual	f
Gay	19
Bisexual	9
Heterosexual	2

Fuente: Elaboración propia

Toluca es el lugar de procedencia más frecuente de los participantes, seguido por Metepec (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Lugar de procedencia de los participantes

Lugar de procedencia	f	Lugar de procedencia	f
Toluca	6	San Juan la Isla	2
Metepec	3	Jocotitlán	2
Ixtapan de la Sal	2	Tlaquepaque	2
Jilotepec	2	Naucalpan	1
Valle de Bravo	2	Tlatlaya	1

Amecameca	2	Oaxaca	1
Ixtlahuaca	2	Calimaya	1
Tejupilco	1		

Fuente: Elaboración propia

El principal tipo de familia del que procedían los participantes es una familia tradicional (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Tipo de familia de los participantes

Tipos de familia	f
Familia tradicional	14
Familia extendida	7
Familia monoparental	5
Familia unipersonal	4

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los participantes indican que descubrieron ser portador de una ITS mediante una prueba rápida, otros por enfermedades oportunistas derivadas de la baja de defensas que se presenta para por fin enterarse que eran portadores de VIH (Ver Tabla 5).

Tabla 5

Diagnóstico de los participantes

Diagnostico	f
Pruebas rápidas	15
Enfermedades oportunistas	7
Hospitalización	3
Trabajo	3
Sugerencia de la pareja	2

Fuente: Elaboración propia

La familia tradicional es el grupo que más enterada está sobre la enfermedad de los participantes (Ver Tabla 6).

Tabla 6

Socialización de la enfermedad

Quien lo sabe	f
Familia tradicional	9
Familia tradicional y amigos	7
Familia unipersonal	3
Nadie lo sabe	3
Amigos	2
Familia extendida	2
Trabajo y familia	2
Familia tradicional, trabajo y amigos	2

Fuente: Elaboración propia

Los primeros pensamientos de la muestra al ser diagnosticada fueron: “me voy a morir” y “ a seguir el tratamiento” (Ver Tabla 7).

Tabla 7

Pensamientos

Pensamientos	f
Me voy a morir	6
Voy a seguir el tratamiento	5
no es verdad	5
No lo hubiera echo	3
Cuando fue	3
Que voy a hacer	2
Traicione a mis papas	2
Es un invento	2
Mi pareja me contagio	2

Fuente: Elaboración propia

La influencia del diagnóstico en la vida social de los participantes, indica que para 13 personas el diagnóstico no influyó, seguido de 12 personas, que indicaron que al no contar su diagnóstico su vida social no cambio (Ver Tabla 8).

Tabla 8

Influencia del diagnóstico en su vida social

Influencia en la vida social	f
No influyó todo fue normal	13
No influyó porque no lo saben	12
Cambios en los hábitos y rutinas	4
Algunas personas se acercaron y otras se alejaron	1

Fuente: Elaboración propia

Al ser diagnosticados con VIH la relación familiar de 12 participantes continuó siendo normal. Sin embargo, en 9 de ellos mejoró la relación familiar (Ver Tabla 9).

Tabla 9

Modificación conductual en lo familiar

Modificación de conducta	f
La relación fue normal	12
Mejoro la relación	9
No lo saben	3
Se alejo de la familia	1

Fuente: Elaboración propia

En la muestra con la que se trabajó, 11 participantes indicaron que su vida laboral no se vio afectada, ya que los compañeros de trabajo desconocen su condición médica (Ver Tabla 10).

Tabla 10

Modificación conductual en el trabajo

Modificación de conducta	f
No influyó porque no lo saben	11
No influyó todo fue normal	6
No influyó tiene su propio negocio	4

Dificultad para salir a las consultas	3
Perdida del trabajo	2
No trabaja	2
No le permiten realizar ciertas cosas en el trabajo	2

Fuente: Elaboración propia

Del total de participantes, se observó que 14 de ellos al ser portadores de VIH no se sintió juzgado por la sociedad (Ver Tabla 11).

Tabla 11

Prejuicio

Se sintió juzgado	f
No se sintió juzgado	14
No porque lo lleva privado	6
Si porque la gente busca una explicación	2
Si, pero no le importa	2
No directamente, pero si ha escuchado como hablan de otras personas	2
Si, cuando le dieron el diagnostico	2
Por otras personas no, pero por el mismo si	1
Si porque no lo aceptan	1

Fuente: Elaboración propia

En la muestra trabajada, se observó que las principales emociones que presentaron los participantes al saber de su diagnóstico fueron: tristeza y enojo (Ver Tabla 12).

Tabla 12

Emociones

Emociones	f	Emociones	f
Tristeza y enojo	5	Tristeza y arrepentimiento	1
Enojo	3	Culpa	1
Culpa y tristeza	3	Enojo, negación y culpa	1
Miedo	2	Culpa y vergüenza	1
Tristeza y envidia	2	Miedo y tristeza	1

Coraje	2	Enojo, ira y decepción	1
Tristeza	2	Tristeza culpa y enojo	1
Miedo y tristeza	1	Angustia, miedo y tristeza	1
Tristeza e incertidumbre	1	No logro identificar emociones	1

Fuente: Elaboración propia

10 personas de la muestra resolvieron sus emociones negativas con el tiempo, seguido por aquellos que lo hicieron con ayuda del psicólogo (Ver Tabla 13).

Tabla 13

Resolución de emociones

Resolución de emociones	f
Sí con el tiempo	10
Sí, con la ayuda del psicólogo	7
No del todo	5
Sí, con ayuda de la familia	4
Sí, investigo que hay más tratamiento	2
Sí, pero tuvo un cambio social	1
No, ya que no identifiqué emociones	1

Fuente: Elaboración propia

Dentro de los participantes, se encontró que 19 de ellos sí ha recibido atención psicológica (Ver Tabla 14).

Tabla 14

Atención psicológica

Atención psicológica	f
Si	19
No	8
No lo siente necesario	3

Fuente: Elaboración propia

Aun y cuando los participantes recibieron atención psicológica, 21 de ellos no ha sido diagnosticado con algún trastorno mental (Ver Tabla 15).

Tabla 15

Diagnostico

Diagnostico	f
No	21
Ansiedad	5
Ansiedad y depresión	4

Fuente: Elaboración propia

Se corrió una correlación de Pearson, entre las variables de ansiedad y depresión, en el programa estadístico SPSS. Encontrándose una correlación positiva de .918 (Ver Tabla 16)

Tabla 16

Correlación de ansiedad y depresión

Variabes Correlacionales	Nivel de significancia	Nivel de correlación
Ansiedad y Depresión	.001	.918

Fuente: Elaboración propia

Discusión

El propósito del estudio fue determinar cuáles eran las emociones negativas que se generaban en los participantes al enterarse de que eran portadores de VIH, al igual si estas emociones negativas al no ser resueltas podrían generar ansiedad o depresión en los participantes, así como la modificación de conducta en su entorno social —familia, amigos, trabajo— si esta fue positiva o negativa.

Se obtuvo que la media de edad de los participantes portadores de VIH es de 32.57 años, con una muestra de 20 a 62 años, de los cuales el 100% de los participantes fueron hombres, a diferencia de Osorio et al., (2019) quienes en su estudio su resultado que obtuvieron fue de una medida de edad de 33.69 años, trabajaron con una muestra de 18 a 58 años, de los cuales el 79.6% de sus participantes fueron hombres.

El 63.33% de nuestra muestra es Gay, a diferencia de Osorio et al., (2019) quienes en su

estudio obtuvieron que el 57.5% de su muestra es Gay.

Igual se encontró que las principales emociones negativas que se presentaron después de recibir el diagnóstico positivo para VIH fueron tristeza y enojo, en la investigación Villalvir et al., (2020) se menciona que la principal emoción negativa fue tristeza, sin embargo después venía el entusiasmo y el deseo por seguir adelante, mismo que tiene relación con nuestro estudio, ya que uno de los pensamientos que tenían los participantes era el deseo por seguir el tratamiento para seguir con su vida.

Así mismo encontramos que los participantes no se sintieron juzgados ya que las personas a quien le contaron sobre su diagnóstico los aceptaron, incluso sus relaciones personales y familiares mejoraban, ya que encontraban un gran apoyo por parte de su familia, sin embargo, Villalvir et al., (2020) encontró que sus participantes no lo contaban por miedo a ser juzgados y ser rechazados por amigos y familia.

Se encontró que en la vida laboral de los participantes no hubo un gran impacto ya que los compañeros de trabajo desconocen su diagnóstico, en comparación con Romero et al., (2022) que obtuvo como resultado el gran impacto en la vida laboral de sus participantes, ya que después de su diagnóstico les fue más difícil encontrar trabajo, ya que al enterarse de su situación de salud le cierran la puerta al hábito laboral.

Conclusiones

1) Existe una correlación estadísticamente positiva de .918 entre las variables de ansiedad y depresión. 2) La media de edad de los participantes portadores de VIH es de 32.57 años. 3) Los participantes se identifican como personas con una preferencia sexual Gay. 4) Los participantes se enteraron de que eran portadores de VIH por medio de pruebas rápidas. 5) Los primeros pensamientos que llegaron a los participantes fueron: “me voy a morir” y “voy a seguir el tratamiento”, mismos que provocaron emociones negativas como tristeza y enojo. En lo social 6) Su condición médica no influyó en su vida social, ya que las personas a quien se lo contaron no emitieron juicios hacia ellos, así mismo respecto a la relación familiar continuó siendo normal e incluso algunos participantes mencionaron que la relación con su familia mejoró. 7) En la vida laboral de los portadores de VIH no influyó su diagnóstico por qué el participante no dio a conocer su condición médica, ya que algunos solo lo contaban a sus familiares, amigos y pareja.

8) Los participantes portadores de VIH mencionaron que no se sintieron juzgados por la sociedad. 9) La forma que utilizaron para poder tener una resolución de emociones negativas fue dejando pasar el tiempo y algunos con ayuda del psicólogo. Finalmente 10) Los participantes recibieron atención psicológica, quien descartó la presencia de algún trastorno mental.

Referencias

Bing, E. G., Burnam, M. A., Longshore, D., Fleishman, J. A., Sherbourne, C. D., London, A. S., ... & Shapiro, M. (2001). Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58(8), 721-728. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.8.721>

Cruz Roja. (octubre 21, 2022). 21 de octubre, Salud mental y VIH, una compleja interacción. <https://www2.cruzroja.es/-/salud-mental-y-vih-una-compleja-interaccion>

Deeks, S. G., Lewin, S. R., & Havlir, D. V. (2013). The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *The Lancet*, 382(9903), 1525-1533. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61809-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61809-7)

Guaraldi, G., Orlando, G., Zona, S., Menozzi, M., Carli, F., Garlassi, E., ... & Palella, F. (2011). Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population. *Clinical Infectious Diseases*, 53(11), 1120-1126. <https://doi.org/10.1093/cid/cir627>

Guillén D.B., C. y González C.R., A.L. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario De Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(1), 5-16.

LV Muñoz Proaño – 2022 – dspace.ups.edu.e

Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Sawires, S. R., Ortiz, D. J., Szekeres, G., & Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22(Suppl 2), S67-S79. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000327438.13291.62>

Oficina de Investigación del SIDA de los NIH. (13 de agosto de 2021). El VIH y la salud mental.

Recuperado de <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/el-vih-y-la-salud-mental>

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf

Organización Mundial de la Salud. (octubre de 2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 45. Ginebra. Recuperado el noviembre de 2015, de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

Organización mundial de la salud. (2023). Repositorio de datos del observatorio mundial de la salud <https://www.who.int/data/gho>

Osorio, M., Rivas, V., Mateo, Y. y Carrillo, R. (2019). Influencia de la Ansiedad, Depresión y Adaptación Psicosocial en personas con VIH en el CAPASITS del Estado de Tabasco Salud en Tabasco, 25 (2), 55-61.

Rao, D., Chen, W. T., Pearson, C. R., Simoni, J. M., Fredriksen-Goldsen, K., Nelson, K., ... & Zhang, F. (2012). Social support mediates the relationship between HIV stigma and depression/quality of life among people living with HIV in Beijing, China. *AIDS Care*, 24(7), 945-953. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-9915-0>

Romero, C., Parrales, R. y Jaramillo, J. (2022). Estudio piloto de los factores socioculturales y su influencia en el estado emocional de las personas con VIH. validación de instrumento Mas Vita, 4 (4), 241-250.

UNAIDS. (2023). Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

Envío a dictamen:	26 mayo 2024
Aprobación:	31 mayo 2024

PERCEPCION DEL APEGO PARENTAL Y LA RELACION DE PAREJA

PERCEPTION OF PARENTAL ATTACHMENT AND THE COUPLE RELATIONSHIP

Martha Patricia Bonilla Muñoz¹⁰

José Antonio Vírseda Heras¹¹

Resumen

Se presenta la investigación cuyo objetivo fue evaluar la relación del apego infantil y el cuidado y la protección en el apego de la pareja actual. En esta investigación participaron 300 habitantes de la ciudad de Toluca; Estado de México. Mediante el Parental Bonding Instrument (PBI) que evaluó constructos afectuosos como el cuidado y la sobreprotección y un instrumento que evalúa los tipos de apego y que fue estandarizado por Melis, Dávila y Ormeño (2001) mismo que identifican cuatro tipos de apego. Los resultados muestran el impacto de la historia afectiva familiar en la vida adulta, en construcción del apego seguro y su relación con el cuidado brindado a la pareja.

Palabras clave: Apego, relación de pareja, transmisión generacional, proximidad y cuidado

Absract

The research is presented whose objective was to evaluate the relationship between childhood attachment and care and protection in the attachment of the current couple. 300 inhabitants of the city of Toluca participated in this research; Mexico state. Through the Parental Bonding Instrument (PBI), which evaluated affectionate constructs such as care and overprotection, and an instrument that evaluates attachment types and was standardized by Melis, Dávila and Ormeño (2001), which identified four types of attachment. The results show the impact of family

¹⁰ Doctora en Psicología Social. Profesor- Investigador Colegio Internacional De Educación Superior
Correspondencia: patriciabonillam@gmail.com

¹¹ Licenciatura en Filosofía por la Universidad de Madrid, España. Maestría en Teología por la Universidad de Innsbruck, Austria y Doctorado en Filosofía (Psicología y Pedagogía) por la Universidad de Salzburgo, Austria. Director del departamento de Psicología en la UIA 1989-1994. Editor de la Revista de Psicología de la UAEM 2012-2014. Docente en la Facultad de Ciencias de la Conducta, UAEM.
Correspondencia: virseda@prodigy.net.mx

emotional history in adult life, in the construction of secure attachment and its relationship with the care provided to the couple.

Keywords: Attachment, couple relationship, generational transmission, proximity and care

Introducción

Para Bowlby (1998) enamorarse implica esencialmente establecer un vínculo de apego entre dos adultos o entre una madre y el hijo. Cuando el vínculo se ve perjudicado, se puede sentir tristeza, depresión, ira y angustia. En las relaciones de apego hay varios aspectos en tener en cuenta: Conductas de apego, cercanía; Aspectos de exploración, relaciones con el entorno; Miedo a los extraños; Afiliación, cercanía con los demás. Los patrones de apego de las parejas con los infantes, la personalidad adulta se visualiza como la interacción del individuo con figuras claves y significativas en los primeros años, de tal manera que quien se considera que tuvo padres afectuosos, que le brindaron apoyo, protección, etc., suelen tener expectativas actuales firmes con un acceso a figuras dignas de confianza, seguras y autónomas (Bowlby, 1998).

Los estudios de Yela (2000) constataron diferencias en la idealización de la pareja en función de los estilos de apego la transformación de una pareja romántica en una figura de apego es un proceso progresivo que está en relación con la medida en que la pareja funciona, por ejemplo, como un objetivo para la búsqueda de proximidad, o quizá para alcanzar un refugio seguro, desahogo, sostén y consuelo en tiempos de necesidad, así como una base de seguridad, que impulsa al individuo a buscar sus objetivos en un contexto relacional también seguro (Hazan & Zeifman, 1994).

En el desarrollo de la infancia, existe una distribución piramidal de las figuras significativas, la cima está simbolizada regularmente por la madre, en algunas ocasiones los niños se apegan también al padre, o a miembros de la familia o a otras figuras, tales como abuelos u otros cuidadores. A medida que el niño va creciendo, van tomando jerarquía de figuras externas al grupo familiar, tales como amigos, maestros, parejas, llegando a una estabilidad en la edad madura donde se cierra el círculo, y son los propios hijos los que pasan a ser figuras de apego para el sujeto (Yáñez, 2001).

Bowlby, citado en Besoain (2009) afirma que en el apego infantil se acentúan ciertas nociones teóricas clave respecto a los vínculos tempranos entre el bebé y sus cuidadores, donde

nace con una predisposición a vincularse a ellos, a su vez, éste organizará su comportamiento y pensamiento en función de la creación de sus relaciones de apego, y que tenderá a mantener a través del tiempo. Al respecto, suponía que cuando el sistema de apego que es mayormente activado durante la infancia continúa funcionando a través de la vida.

Así, considerando el tiempo que interactúan los niños y los cuidadores a través del ciclo vital en sus múltiples situaciones, podemos vislumbrar el impacto en la personalidad en los niños, en la identidad en el autoconcepto, en la conceptualización del entorno, en especial de los demás, las experiencias transmitidas no son aisladas, sino que forman un conjunto ordenado e interrelacionado en un modelo operativo interno (MOI) que determina los patrones de interacción.

La influencia del (MOI) se extiende a las diversas áreas del entorno, la escuela, lugar de esparcimiento, trabajo etc. pero tiene una especial relevancia en las relaciones íntimas de pareja. Esta tiene su propio MOI en las peculiaridades de su propia familia de origen, en la selección de la pareja se nota la influencia en el modo de convivencia y en la parentalidad en la que se revive, se repite, se remodelan los apegos de la pareja con sus propios hijos (Morales y Santelices (2007).

Por lo que, desde esta perspectiva, cuando se ha desarrollado un apego seguro, al niño le será posible explorar, sobre una base segura y confiable el mundo que lo rodea, alcanzando las diversas tareas de cada una de las etapas de desarrollo, llevándolo a su máximo potencial, si las condiciones de su entorno son favorables, mientras que el desarrollo de un apego inseguro provee al infante de temor y ansiedad ante la presencia de extraños. Marvin & Britner, 1999, citado en Besoain, (2009).

Es así que en la infancia, mientras los padres son las figuras de apego, en la adultez las parejas sentimentales se convierten en estas figuras, la transformación de una pareja romántica en una figura de apego, es un proceso progresivo que está en relación con la medida en que la pareja funciona, por ejemplo, como un objetivo para la búsqueda de proximidad, o quizá para alcanzar un “refugio seguro”, es decir, una fuente de resguardo, desahogo, sostén y consuelo en tiempos de necesidad, así como una base de seguridad, que impulsa al individuo a buscar sus objetivos en un contexto relacional también seguro (Fraley y Roisman, 2019).

En las parejas consideradas románticas, el apego difiere en por lo menos tres aspectos:

a) el apego romántico tiende a ser más bilateral, en el sentido en que las parejas buscan y proporcionan cuidado alternativamente uno al otro; b) las relaciones de apego romántico son de naturaleza principalmente sexual y c) las parejas son menos dependientes de la presencia física de las figuras de apego, y cada vez más dependientes del modelo operativo interno de la figura de apego (H; Hazan & Zeifman 1994).

Los individuos con un apego romántico seguro con su pareja se ven a sí mismos como amorosos y tienen la confianza de que sus parejas son afines. Los individuos inseguros tienen poca valoración de sí mismos, pero evalúan a sus parejas positivamente. Las personas reconocidas como inseguras se sienten de poco valor y esperan que sus parejas los rechacen, mientras que los individuos orgullosos, tienen un sentido positivo de sí mismos, pero tienen una disposición negativa con respecto a sus parejas (Bartholomew & Horowitz, 2006).

Gran parte de la investigación empírica ha justificado que el apego romántico seguro está asociado positivamente con diferentes aspectos de la relación de pareja, como la complacencia de la relación, la calidad de la comunicación y la confianza (González-Ortega, E, Orgaz, B., Molina, I., Fuertes., A 2020; Selvini y Chiara, 2023; Jamila, 2021).

Los primeros estudios que hacen referencia de la importancia del apego en la identificación con los padres tienen su origen en la teoría psicoanalítica de Freud, y más concretamente en la teoría sobre la resolución del complejo de Edipo". Para el psicoanálisis, la identificación es uno de los procesos esenciales en la conformación de la personalidad (estructura psíquica) y el proceso central por el cual el sujeto se compone y se apropia en momentos clave de su crecimiento, de aspectos, atributos o rasgos de los seres humanos que se encuentran dentro de su entorno (Roudinesco y Plon, 2001).

Por otro lado, desde el aprendizaje social, la identificación con los padres es un proceso de aprendizaje vicario, que ocurre a través de un extenso curso de tiempo, y que supone una igualdad en las conductas entre el niño y uno o en algunos casos ambos padres. Así, se encuentran investigaciones que estudian el impacto de la tipificación y su importancia a la hora de elegir pareja sobre su relación con la autoestima y con otros rasgos de personalidad tomando en cuenta la importancia de la identidad de género (Romero y Romero 2002).

Durante el periodo de la adolescencia, el sistema de apego según Allen y Land, 1999, citado en Pardo (2006) juega un papel integral en el progreso de las relaciones. Al estudiar el apego en esta etapa es preciso tener en cuenta el contexto del desarrollo de los adolescentes, ya que las exigencias tanto de la escuela como de los medios de información masiva giran en torno a sus expectativas. Un ejemplo de esto se ve en la actitud de búsqueda de la independencia del adolescente, al tratar de alejarse de las primeras figuras de apego, que pasa de ser cuidador en potencia.

El apego es un constructo que no se puede analizar objetivamente, por lo que se debe deducir de los comportamientos que manifiesta el individuo (Solomon & George, 1999, citado en Pardo (2006)). Hazan y Zeifman (1994) han utilizado los principios de la teoría del apego para analizar las relaciones afectivas en la vida adulta, apoyando la hipótesis de que la vinculación temprana influye directamente en las experiencias afectivas posteriores.

Los adultos seguros tienden a recordar una relación cariñosa con madres sensibles y preocupadas por ellos, los evitativos refieren con frecuencia una historia de frialdad, falta de capacidad empática y rechazo por parte de las figuras de apego, es decir, la representación de la madre es el predictor más importante en los estilos de apego del adulto principalmente entre los adultos varones (Le Poire, Haynes Driscoll, Driver 1997, citado en Ortiz, M.; Gómez, J.; Apodaca, 2002).

Por lo planteado anteriormente, el objetivo del presente estudio es determinar la influencia de la percepción del apego parental en la relación de pareja actual.

Método

Participantes

El presente estudio se realizó con una muestra seleccionada de tipo no probabilístico e intencionada. Estuvo conformada por 300 participantes divididos por sexo (150 mujeres y 150 hombres) con edades entre los 17 y los 75 años con una media de edad de 35.87. Se definió así mismo un criterio de inclusión tomando como premisa principal la convivencia marital o estable con un mínimo de dos años.

Instrumentos

Las escalas administradas fueron validadas previamente

a.-Cuestionario de datos demográficos. - Se solicitaron datos generales como sexo, edad, escolaridad, número de hijos, tiempo de vivir con su pareja actual.

b.- El Parental Bonding Instrument (PBI) estandarizada por Melis et al (2001) es un instrumento auto aplicable para personas de 16 años en adelante. Esta edad la determinaron los autores como criterio para aplicarla, que no tiene límite de tiempo. Esta prueba cuenta con 25 afirmaciones, las que componen dos escalas: cuidado (12 ítems) y sobreprotección (13 ítems); cada ítem se puntúa a través del método Likert, con recorrido de 1 (nunca) a 4 (siempre); de este modo, la escala de cuidado alcanza un máximo de 48 puntos y la de sobreprotección de 52.

El factor cuidado está definido con reactivos que son percibidos como constructos afectuosos, de empatía, de cercanía y de contención emocional.

El factor de sobreprotección contiene reactivos relacionados al control, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma.

c.- El instrumento de tipos de apego desarrollado por Melis et al (2001) basado en la teoría de apego de Bowlby identifica cuatro tipos de apego: Seguro, Evitativo, Preocupado y Temeroso, escala tipo Likert con cuatro tipos de respuesta, casi nunca, a veces, con frecuencia y casi siempre, consta de doce reactivos.

El tipo de apego seguro, (1) se define como las personas con una idea positiva tanto de sí mismas como de los demás, están dispuestas a acercarse e involucrarse afectivamente con otros. Se siente bien intimando con otros y sintiéndose autónomos.

El apego evitativo. (2) otorgan importancia a la realización personal y la autoconfianza a costa de perder la intimidad con otros, desvalorizan a la importancia de los vínculos afectivos.

Apego Preocupado (3) tienen una idea negativa de sí mismos y de los demás, buscan intimar con otros, pero temen ser rechazados o desvalorizados. Se encuentran ligados y preocupados por sus experiencias pasadas.

Apego Temeroso. (4) individuos temerosos que desean intimar con otros, pero desconfían de los demás, evitan relacionarse sentimentalmente, son muy dependientes, pero temen ser rechazados.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados donde se fusionaron ambos instrumentos para analizar los estadísticos descriptivos de las variables consideradas en el estudio.

Tabla 1. Descriptivo de las variables sociodemográficas

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	RANGOS	PORCENTAJE
Sexo	Masculino	49.7%
	Femenino	50.3%
Edad	17-29 años	33.7%
	30-40 años	33%
	41-76 años	33.3%
Escolaridad	Primaria	18.7%
	Secundaria	30.7%
	Media superior	27.7%
	Profesional	23.7%
Núm. de hijos	0 hijos	9%
	1 hijos	23%
	2 hijos	32%
	3 hijos	22%
	4 hijos	13.3%
Núm. de años de relación	2-3 años	21%
	4-8 años	19%
	9-13 años	20.7%
	14-22 años	19.7%
	23-48 años	19.7%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Estadística descriptiva de Parental Bonding Instrument (PBI) del Factor cuidado y factor de sobreprotección con Tipos de apego Seguro, Evitativo, Preocupado y Temeroso por Hombres y Mujeres.

Tipos de apego	Mujeres	Hombres	Media Mujeres	Media Hombres	Desv.estándar F	Desv. Est. M
Seguro	151	149	1.6556	1.6443	.5733	.5584
Evitativo	151	149	1.8344	1.9128	.7432	.7305
Preocupado	150	149	2.3333	2.2315	.6203	.6274
Temeroso	151	149	1.9437	1.9396	1.9437	.8198
Factor 1 (Cuidado)	151	149	2.7208	2.7612	.5260	.5260
Factor 2 (Sobreprotección)	151	149	2.3449	2.3743	.5543	.5027

Fuente: Elaboración propia

Aunque no se encontraron diferencias significativas al comparar hombres y mujeres en los diferentes tipos de apego y la percepción de apego parental, se percibe una tendencia a denotar un apego de tipo evitativo por parte de los hombres, con demostraciones de una menor preocupación a diferencia del grupo de mujeres que al parecer tiene un apego más temeroso y una percepción de menor cuidado y sobreprotección.

Tabla 3. Correlaciones producto momento de Pearson para las relaciones entre los factores del Vínculo parental y los Tipos de apego.

	Cuidado	Sobreprotección	Apego seguro	Apego evitativo	Apego preocupado	Apego temeroso
Cuidado			r=.173** p=.003 n=300			
Sobreprotección						
Apego seguro	r=.173** p=.003 n=300			r-.391** p=.000 n=300	r-.207** p=.000 n=300	r-.301** p=.000 n=300
Apego evitativo			r.391** p=.000 n=300			r=.145* p=.012 n=300
Apego preocupado			r-.207** p.000 n=300			
Apego temeroso			r-.301** .000 n=300	r.145* p=.012 n=300		

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, al comparar los tipos de apego medidos por la escala Parental Bonding Instrumento (PBI) se encuentran dos tipos de percepción y cuatro tipos de apego, en donde se encuentra que las personas con un apego seguro tienen un mayor puntaje en cuidado que los demás tipos de apego evitativo, preocupado y temeroso.

Las personas con un tipo de apego evitativo reportaron mayores rasgos de no confianza y de una devaluación de los vínculos afectivos que los apegos preocupados y temerosos.

La correlación entre el apego temeroso resulta significativamente negativa con el apego seguro, es decir, a mayor seguridad menor sentimiento de dependencia y de rechazo.

Discusión

Aizpuru, (1994), menciona que el apego hacia quien funge como cuidador primario, es sólo uno de los tres apegos indiscutibles que ocurren en la vida. El segundo, se da en la adolescencia tardía con la búsqueda del segundo objeto: la pareja, así mismo en Hazan y Shaver (1987), propusieron la "Teoría del apego sobre relaciones amorosas" en la que establecen un paralelismo entre el tipo de relación amorosa adulta y el tipo de apego a la madre en la infancia.

Ese vínculo niño-madre tenderá a reproducirse en la relación amorosa adulta futura. Planteamiento sobre el que se basa el presente estudio cuya finalidad principal es conocer las relaciones existentes entre el tipo de apego establecido en la infancia con las figuras parentales y los patrones de apego y cuidado establecidos con la pareja (Ascenso, 2003).

Los hallazgos en esta investigación indican que la percepción que tienen los entrevistados guardan una estrecha relación con la percepción de apego que tienen de sus relaciones primarias, es decir de sus figuras significativas como fueron padre y madre, lo cual parece indicar que con una percepción de apego seguro los sujetos guardan modelos mentales positivos de sí mismo, son sujetos que su preocupación no es el ser abandonado, lo cual le ha sido formado por un modelo positivo tanto de sí mismo como de sus relaciones, esto corrobora la teoría de Bowlby (1998) que establece que el apego seguro generado durante los primeros años hace ver en el adulto a una persona valiosa digna de afecto con un adecuado nivel de compromiso en las etapas posteriores de su vida.

Al parecer estos sujetos describen que su vínculo parental fue cálido, cariñoso, en el cual existía una comunicación significativa de entendimiento y comprensión, que lleva en el momento actual a una facilidad de compromiso con las parejas, a una relación con un ingrediente importante de romanticismo, una relación de independencia y de seguridad.

Los resultados muestran que los tipos de apego considerados no seguros, el evitativo, el preocupado, el ansioso o ambivalente, se relacionan negativamente con el tipo de apego seguro, que las personas que tienden a desarrollar modelos propios como poco inteligentes, desconfiables, reacios al compromiso de las relaciones íntimas, no autosuficientes, desconfían de

sus potencialidades personales y del afecto que proporciona la persona con la que se puede ejercer un vínculo, lo cual trae consigo una inadecuada e insatisfactoria relación de pareja.

Ortiz Barón, et al. (2002) señala que un predictor importante de la seguridad del apego en la vida adulta es la historia afectiva familiar. Esto se refiere al recuerdo que tienen los adultos con un apego seguro respecto a la relación cariñosa con madres sensibles y preocupadas por ellos, en cambio los evitativos con frecuencia refieren una historia fría, falta de capacidad de respuesta y rechazo de parte de las figuras de apego; y el grupo de apego ambivalente tiene recuerdos sobre un tono afectivo negativo entre los padres, y una relación con una figura de apego poco comprensiva.

Boon & Griffin, 1996, citados en Mikulincer y Shaver (2007) han encontrado que los individuos ansiosos tienen menos confianza que los individuos con apego seguro para establecer una relación exitosa y son propensos para potencializar las pérdidas en las relaciones románticas, ya que la ansiedad aumenta la accesibilidad a creencias negativas sobre la relación romántica en la pareja. En un estudio longitudinal Kleelan y Dion y Dion (1994) citado en Hazan & Shaver (1987) encontraron que personas con inseguridad en sus relaciones de noviazgo decrecen en forma significativa su compromiso a lo largo de su matrimonio, las personas ansiosas son más propensas que las evitativas a comprometerse en una relación.

Asimismo, Ascenso (2023) y Jamila (2021) han coincidido en señalar se han encontrado que las personas que tuvieron un apego seguro en su infancia transfieren su refugio seguro y las funciones de certeza y confianza a sus parejas románticas, destacando la influencia de este tipo de apego y su relación en la calidad de vida, el bienestar, la satisfacción y el compromiso en la pareja.

Un perfil que llama la atención, son los hallazgos de Bartolomé y Horowitz en el 2006 quienes afirman que los individuos evitativos tienden a manifestar expresiones de indiferencia, falta de respeto y desprecio usando la violencia como medio de distanciamiento con su pareja.

Lo anterior favorece la presencia o el aporte de una perspectiva psicoanalítica acerca de la elección de la pareja, la cual, entre otras cosas, señala que la elección de esta va en el tenor de la búsqueda de figuras de identificación formadas en la infancia, donde dichas expectativas se

refieren a la cercanía, habilidades para confiar en otros, el compromiso y finalmente a la creación de un vínculo socioemocional complejo y a la satisfacción global de las relaciones románticas.

Referencias

- Aizpuru, A. (1994) La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. *Psicología Iberoamericana*, 2, 1, 37-44
- Ascenso C., A (2003) Relación entre el apego y la satisfacción en la pareja: Una revisión aplicada. Disponible en <http://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/12228/Trabajo?sequence=1&isAllowed=y>
- Bartholomew, K & Horowitz L (2006) Attachment Styles among adults: *Journal of Personality and Social Psychology* 61, 226-244.
- Besoain, C; Santelices, M. (2009) Transmisión Intergeneracional del Apego y Función Reflexiva Materna: Una Revisión Terapia psicológica. *Redalyc*. (en línea). 2009. (Fecha de acceso 2 de noviembre de 2010); no.1 URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78511885011>
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 2: La separación*. Barcelona: Paidós
- Dinero, R.E., Brent D M.B y Hart J. (2021) Developmental Trajectories of Adult Romantic Attachment: Assessing the Influence of Observed Interactions With Family of Origin. *The Journal of Social and Personal Relationships* vol 39, num 3, pp 652-669 <http://doi.org/10.1177/02654075211044123>.
- Fraley, R: C., y Roisman, I.G. (2019) The development of adult attachment styles: four lessons. *Current Opinion in Psychology*, 25,26-30. <http://expert.illinois.edu/en/publications/the-development-of-adult-attachment-styles-four-lessons> <http://doi.org/10.1016/copsyc.2028.02.008>.
- González-Ortega., Orgaz, B., Vicario, I., Fuertes., A (2020) Combinación de estilo de apego adulto, resolución de conflictos y calidad de la relación en parejas adultos jóvenes, *Terapia Psicológica* vol.38.num 3 <http://doi.org/10.4067/SO718-48082020000300303>

Hazan, S & Shaver, P.R. (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52; 511-524

Hazan, C., & Zeifman, D. (1994) Sex and the psychological tether. *Attachment processes in adulthood* Londres 5: 151-180.

Jamila, E.M (2021) Influencia de los tipos de apego en las relaciones de pareja: Una revisión sistemática. Disponible en Universidad de la Laguna:

[http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/24624/influencia%20 de %20 los parejavision %20 sistematica .pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/24624/influencia%20de%20los%20tipos%20de%20apego%20en%20las%20relaciones%20de%20pareja%20una%20revisi%C3%B3n%20sistem%C3%A1tica.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Melis, R; Dávila, M Ormeño, V (2001) Estandarización del P.B.I. versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago.

Morales, S y Santelices, M (2007) Los modelos Operantes Internos y sus abordajes en Psicoterapia. *Terapia Psicológica* 2007 vol. 25, N 2, 163-172.

Mikulincer, M; Shaver, P. (2007) *Attachment in adulthood Structure, Dynamics, and Change*. United States of America: The Gilford press.

Ortiz, M.; Gomez, J.; Apodaca, P. (2002) Apego y Satisfacción Afectivo-Sexual en la Pareja *Psicothema* (en línea). 2002. no. 002. URL disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72714244>

Pardo, M; Pineda, S; Carrillo, S; Castro, J. (2006) Análisis Psicométrico del Inventario de Apego con Padres y Pares en una Muestra de Adolescentes Colombianos. *Revista Interamericana de Psicología* (en línea). 2006. (fecha de acceso 2 de noviembre de 2010);

no. 40 URL disponible en:

<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04032.pdf>

Romero E., H y Romero E, S. (2002) Importancia del apego y las relaciones vinculares en la terapia familiar. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, volumen 39, numero 2, pp.59-68

Roudinesco, E; y Plon, M (2001). *Porque el psicoanálisis*. Paidós

Selvini, M y Chiara G., M., (2023) Apego y ensamblajes de parejas toxicas, estancadas y terapéuticas. *Vinculante. Revista clínica y psicosocial*, año8, no. 8, (3-17)

Yárnoz, S; Arbiol, I; Plazaola, M; Sainz de Murieta, L. (2001) Apego en adultos y percepción de los otros. Redalyc (en línea). 2001. (fecha de acceso 2 de noviembre de 2010); no. 002

URL disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16717202>

Yela, C (2001) El amor desde la psicología social: ni tan libres ni tan racionales Psicoterma vol. 13, N 2, 2001 págs. 335-366

Envío a dictamen:	14 mayo 2024
Aprobación:	29 mayo 2024

**SÍNTOMAS PARENTALES Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DE SUS HIJOS
ADOLESCENTES EN CONTEXTOS DE EXTREMA POBREZA**

**PARENTAL SYMPTOMS AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF THEIR
ADOLESCENT CHILDREN IN CONTEXTS OF EXTREME POVERTY**

Joaquina Palomar Lever†¹²

Amparo Victorio Estrada¹³

Resumen

Se analizaron mediante modelamiento de ecuaciones estructurales los datos de 1093 padres e hijos adolescentes que viven en situación de pobreza, para estudiar la relación entre síntomas parentales y algunas variables psicológicas de sus hijos. Los síntomas parentales no se relacionaron directamente con los síntomas psicológicos de los adolescentes; pero sí indirectamente, a través del apego parental y el apoyo social, sólo en las mujeres. Las hijas se vieron aparentemente más afectadas por los síntomas parentales que los hijos. Adicionalmente, los niveles de apego parental, apoyo social percibido y resiliencia de los adolescentes se relacionaron positivamente con su propio bienestar psicológico tanto en hombres como en mujeres.

Palabras clave: Diadas padres-hijos, síntomas psicológicos, bienestar subjetivo, adolescentes, pobreza.

Abstract

Data from 1,093 parents and adolescent children living in poverty were analyzed using structural equation modeling to study the relationship between parental symptoms and some psychological

¹² † In memoriam. Doctorada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México y profesora investigadora en el Departamento de Psicología de la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.

¹³ Doctorado en Ciencias Naturales por la Universidad de Colonia, Alemania, asistente de investigación en el Departamento de Psicología de la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México y consultora independiente. Correspondencia: victorioconsulting@gmail.com

variables of their children. Parental symptoms were not directly related to adolescent psychological symptoms; but indirectly, through parental attachment and social support, only in women. Daughters were apparently more affected by parental symptoms than sons. Additionally, adolescents' levels of parental attachment, perceived social support, and resilience were positively related to their own psychological well-being in both men and women.

Keywords: Parent-child dyads, psychological symptoms, subjective well-being, adolescents, poverty.

Introducción

Datos de investigación han señalado la conexión entre la enfermedad mental y el nivel de pobreza tanto en adultos como en niños y adolescentes. En los adultos, la pobreza está asociada con mayores niveles de síntomas de ansiedad y depresión (Patel et al., 2018; Ridley et al., 2020). En los niños, la pobreza está asociada con mayor presencia de síntomas de psicopatología (Peverill et al., 2021).

Si bien los programas gubernamentales de transferencias condicionadas de efectivo pueden mejorar la salud mental en niños y jóvenes al reducir la pobreza y mejorar sus oportunidades de vida (Zimmerman et al., 2021), poco se conoce sobre las características psicológicas de los beneficiarios de dichos programas. El enfoque del presente análisis se centra en la relación de los síntomas psicológicos parentales en el bienestar de sus hijos, en una muestra de familias mexicanas que viven en extrema pobreza.

Los trastornos parentales de depresión y ansiedad incluyen síntomas que afectan significativamente el funcionamiento familiar (Kavanaugh et al., 2018). En particular, la limitación de las habilidades para cumplir con las demandas de los roles parentales (Gilbert et al., 2017) puede tener efectos negativos en la relación entre los miembros familiares (De Luca et al., 2018). La pobreza también ejerce una influencia nociva tanto en el contexto familiar como en el ambiente comunitario en el que se desarrollan los niños (Camacho-Thomsom et al., 2016; Chaudry & Wimer, 2016); por lo que las dificultades económicas del hogar aunadas a los posibles problemas parentales de salud mental presentan un doble riesgo para el desarrollo psicosocial de los niños (Devenish et al., 2017; Kavanaugh et al., 2018; Porche et al., 2016).

Existe cierta evidencia empírica que relaciona a la pobreza con mayor riesgo de depresión, en especial en las mujeres (Patel et al., 2018); y que la depresión parental asociada con la pobreza se relaciona con prácticas problemáticas de crianza y con resultados negativos en el desarrollo infantil (Neppl et al., 2016; Sullivan et al., 2022). De manera que la enfermedad mental parental puede afectar el desarrollo cognitivo y el logro educativo de los niños, facilitando la transmisión generacional de la enfermedad mental y la pobreza (Ridley et al., 2020).

Los posibles efectos de los síntomas depresivos parentales en los hijos ya han sido estudiados previamente en muestras de población general mexicana. Se ha observado una relación entre los síntomas maternos de depresión y determinados resultados de salud de los hijos en etapas tempranas de la vida de éstos. Estos incluyen problema de salud como mayor riesgo de enfermedades respiratorias, más problemas generales de salud y mayor propensión a accidentes que requieren hospitalización (de Castro et al., 2017), así como problemas de desarrollo del apego materno (Nieto et al., 2017). Adicionalmente, una historia familiar de depresión se convierte en un factor de riesgo muy importante en el desarrollo de depresión en los jóvenes mexicanos al llegar a la adultez (Benjet et al., 2020; González-Forteza et al., 2019).

Factores protectores

Con base en lo anterior, se puede decir que los síntomas psicológicos parentales juegan un papel primordial en la salud mental de sus hijos. Sin embargo, los efectos de los síntomas psicológicos parentales en el desarrollo de los hijos pueden no ser directos. También existen factores protectores que pueden disminuir los efectos nocivos de los síntomas psicológicos parentales en sus hijos. Algunas características de los hijos como su apego parental, sus niveles de resiliencia y el apoyo social percibido pueden funcionar como factores protectores.

En este sentido, la resiliencia de los niños puede alterar los efectos de su exposición a la adversidad y facilitar mejores resultados de los esperados, a pesar de haber experimentado adversidades extraordinarias (Burt & Rosenberg, 2020). Como proceso, la resiliencia se considera comúnmente como un proceso de adaptación positiva y comprende el ajuste a, la recuperación de o la superación de un trauma. Mientras que, como rasgo, la resiliencia se ha conceptualizado como una habilidad individual para sobreponerse a la adversidad, como un

rasgo personal (Schultze-Lutter et al., 2016). Se ha observado que la resiliencia como rasgo tiene efectos atenuantes en la incidencia de síntomas psicológicos (Beutel et al., 2017) y que está relacionada positivamente a la satisfacción con la vida en los jóvenes (Karaman et al., 2020).

El apego parental de los niños también puede tener un efecto protector. Al respecto, resultados de metaanálisis subrayan la importancia del apego parental seguro en el desarrollo emocional de los niños (Cooke et al., 2019). La importancia del apego parental seguro ya ha sido documentada previamente en la literatura: como su relación positiva con la regulación emocional de los niños (Szkody & Mckinney, 2019), su relación positiva con el afecto positivo de los niños (Cooke et al., 2019), así como su relación negativa con los problemas emocionales de los niños (Oldfield et al., 2016). En contraste, la investigación sugiere que el apego inseguro durante la infancia se relaciona con el desarrollo de ansiedad en la adolescencia (Lam et al., 2019).

El apego inseguro también se asocia con altos niveles de síntomas depresivos y bajos niveles de satisfacción con la vida (Zamudio et al., 2020). En este sentido, se puede considerar que el apego parental en la infancia y la adolescencia es vital para el bienestar psicológico de los hijos.

También la percepción de apoyo social es muy importante como factor protector. El apoyo social se refiere a la percepción de la disponibilidad de apoyo y ayuda de las personas en el ambiente que nos rodea (Zimet et al., 1988). Al respecto, la percepción de apoyo social reduce la relación entre el estrés y la depresión en jóvenes mexicanos (Raffaelli et al., 2013).

Pobreza

El ambiente en el cual crecen los hijos también debe ser considerado en el estudio de los resultados de desarrollo psicosocial de los adolescentes. El nivel socioeconómico impacta la salud de las personas debido a que su efecto en el desarrollo individual durante la infancia temprana afecta la salud, tanto presente como futura (Chaudry & Wimer, 2016; Kavanaugh et al., 2018). En términos generales, la inequidad económica limita los recursos disponibles, tanto de las familias como de las comunidades, para apoyar a los niños en su desarrollo y para protegerlos de las adversidades (Devenish et al., 2017).

Esto tiene que ver con que los precarios ingresos familiares impactan negativamente la armonía familiar y aumentan la exposición de los hijos al estrés, tanto en contextos físicos como

psicosociales (Fonseca et al., 2016). En consecuencia, la pobreza se considera como un factor de riesgo en la incidencia de problemas conductuales y emocionales de los adolescentes (Roberts et al., 2016). En este sentido, la pobreza se relaciona con resultados adversos en el desarrollo infantil, de tal manera que mientras más temprana, extensa y severa sea la experiencia de pobreza durante la infancia, más negativos serán los resultados de desarrollo infantil (Chaudry & Wimer, 2016).

El presente estudio analiza la relación entre algunas variables parentales y de sus hijos adolescentes en familias que viven en extrema pobreza. Se analizan datos de beneficiarios del programa gubernamental contra la pobreza que consiste en transferencias condicionadas de efectivo (TCE). Para pertenecer al programa, la agencia gubernamental debe identificar al hogar en cuestión como en extrema pobreza. Mientras que la permanencia en el programa de transferencias monetarias está condicionada al cumplimiento de objetivos de salud (exámenes médicos), nutricionales (suplementos dietéticos) y educativos (calificaciones) de los infantes (Dávila Lárraga, 2016). El recipiente de las transferencias monetarias es usualmente la madre del infante o su tutor, cuyos datos están registrados ante la agencia gubernamental.

En este análisis se explora hasta qué punto y cómo se relacionan los síntomas psicológicos (depresión, ansiedad y estrés) reportados por los padres con el bienestar subjetivo y los síntomas psicológicos (ansioso/deprimido y retraído/deprimido) reportados por sus hijos; y si esta relación está moderada por el apego parental, apoyo social percibido y resiliencia reportados por los hijos.

Hipotetizamos que los síntomas psicológicos parentales se relacionarán positivamente con los síntomas psicológicos de sus hijos y negativamente con su bienestar; y que esta relación será moderada por la resiliencia, el apego parental y el apoyo social percibido reportados por los hijos. También hipotetizamos que los niveles de resiliencia y apoyo social percibido de los hijos se relacionarán negativamente con sus niveles de síntomas psicológicos y positivamente con sus niveles de bienestar subjetivo.

Método

Con el propósito de explorar la relación entre los síntomas psicológicos parentales y los síntomas y bienestar de sus hijos, los datos de beneficiarios del programa gubernamental de transferencias

condicionadas de efectivo (TCE) se recolectaron en dos fases. En la primera fase se recolectaron los datos de los padres y en la segunda fase se recolectaron los datos de sus hijos adolescentes.

Muestra

Se usó un muestreo bietápico para recolectar los datos. En la primera etapa la lista nacional de localidades con beneficiarios del programa de TCE se dividió en localidades rurales y urbanas y se usó el método de muestreo proporcional al tamaño para seleccionar las localidades dentro de cada dominio, por separado. En la segunda etapa los hogares fueron seleccionados mediante muestreo simple al azar dentro de cada localidad previamente seleccionada en la primera etapa. Finalmente, el beneficiario principal del programa de TCE dentro de cada hogar fue seleccionado para ser entrevistado.

Los criterios de exclusión del muestreo consistieron en localidades que no hablan español, localidades con menos de 45 hogares y hogares sin datos económicos. La muestra es representativa a nivel nacional de los hogares rurales y urbanos hispanoparlantes, registrados en el padrón de beneficiarios del programa gubernamental de TCE.

La muestra se constituyó de 2112 hogares evaluados en la muestra de padres de la primera fase. Para la muestra de hijos en la segunda fase, se seleccionaron los 1275 hogares con hijos adolescentes de la muestra original de 2112 hogares entrevistados. Esto resultó en una muestra de 1093 adolescentes con datos válidos. La encuesta sigue un diseño transversal.

Participantes

Padres. Los datos de los padres de los 1093 adolescentes provienen de los padres o tutores registrados como beneficiarios principales del programa gubernamental de TCE. La muestra consistió en 99% mujeres, entre 29 y 60 años, con una edad promedio de 40.98(DE = 9.19) años, una educación promedio de 4.66(DE = 3.5) años y un tiempo promedio en el programa de 3.27(DE = 0.69) años.

Hijos. La muestra consistió en 1093 adolescentes, 55.8% hombres, 61% urbanos, 75% viven con ambos padres, 25% viven con uno de sus padres, de edades entre 13 y 17 años, con una edad promedio de 14.92(DE = 1.29) años y una educación promedio de 8.33(DE = 1.71) años.

Instrumentos

Padres

Ansiedad. El reporte de síntomas de ansiedad se midió con el Inventario de ansiedad de Beck (Beck et al., 1988), el cual comprende 21 reactivos en una escala del 1 = Nada a 4 = Severamente. Los reactivos se suman en un puntaje total en un rango que va de 21 a 84, con un alfa de Cronbach = .95. Depresión. El reporte de síntomas de depresión se obtuvo con la Escala de autoevaluación de la depresión de Zung (Zung, 1965), la cual fue traducida al español y adaptada a adultos mexicanos (Calderón, 1984). La escala comprende 20 reactivos en una escala de 1 = Nunca a 4 = Siempre. Los reactivos fueron sumados en un puntaje total que va de 20 a 80, con un alfa de Cronbach = .94. Estrés.

Esta variable fue medida con el Cuestionario de estrés percibido (Levenstein et al., 1993), el cual consiste en 13 reactivos en una escala de 1 = Nunca a 4 = Siempre. Los reactivos fueron promediados para formar un puntaje total en un rango de 1 a 4, con alfa de Cronbach = .89. Las escalas en otro idioma fueron traducidas al español y validadas en adultos mexicanos (Palomar Lever, 2015a).

Hijos

Apego materno y Apego paterno fueron medidos mediante la Escala de seguridad (Kerns et al., 1996), la cual fue adaptada para madres y padres. La escala consistió en 14 reactivos en una escala de 1 = Completamente en desacuerdo a 4 = Completamente de acuerdo. Los reactivos fueron promediados en un puntaje total de 1 a 4, con alfas de Cronbach = .93 y .95, respectivamente. Apoyo social percibido fue evaluado con una versión reducida de la Escala multidimensional de la percepción de apoyo social (Zimet et al., 1988). Ésta consiste en 12 reactivos en una escala de 1 = Nunca a 4 = Siempre. Los reactivos fueron promediados en un puntaje total de 1 a 4, con un alfa de Cronbach = .93. Resiliencia fue medida con la subescala factorial Fortaleza individual de la escala Resi-M (Palomar Lever & Gómez, 2010), la cual mide la percepción de fortaleza y confianza en las propias habilidades para resolver situaciones difíciles. La subescala consiste en 14 reactivos en una escala de 1 = Nunca a 4 = Siempre; los cuales fueron promediados para formar un puntaje total de 1 a 4, con un alfa de Cronbach = .86.

Para la medición de Síntomas psicológicos se usaron las subescalas de los síndromes ansioso/deprimido y retraído/deprimido de la escala Autoinforme juvenil (Achenbach & Rescorla, 2001). Ansioso/deprimido consiste en 13 reactivos en una escala de 0 = Nada cierto a 2 = Muy o frecuentemente cierto. Los reactivos fueron sumados en un puntaje total de 0 a 26, con un alfa de Cronbach = .79. Retraído/deprimido abarca 7 reactivos en una escala de 0 = Nada cierto a 2 = Muy o frecuentemente cierto; los cuales fueron sumados en un puntaje total de 0 a 14, con un alfa de Cronbach = .67. Bienestar subjetivo fue evaluado con la Escala de calidad de vida (Palomar Lever, 2000), la cual fue adaptada para adolescentes y mide el reporte de satisfacción con la propia familia, desarrollo personal, socialización, actividades recreacionales, bienestar económico, ambiente social y autoimagen. La escala consiste en 38 reactivos en una escala de 1 = Nada satisfecho a 4 = Muy satisfecho, los cuales fueron promediados en un puntaje total de 1 a 4, con un alfa de Cronbach = .94. Los instrumentos en otro idioma fueron traducidos al español y validados en adolescentes mexicanos (Palomar Lever, 2015b).

Procedimiento

Los padres, beneficiarios principales del programa de TCE, fueron evaluados inicialmente y dos años después fueron evaluados los hijos adolescentes de los beneficiarios originales. La recolección de datos duró dos meses para cada grupo de participantes y los datos se transfirieron posteriormente a una base de datos. Cabe señalar que la agencia gubernamental responsable del programa otorgó su aprobación para recolectar y analizar los datos y que durante la recolección de datos no hubo eventos nacionales que pudieran haber contribuido a la salud mental de los participantes.

Los participantes adultos estuvieron de acuerdo en ser encuestados y dieron su consentimiento informado, así como su permiso para encuestar a sus hijos. A los participantes se les aseguró la confidencialidad de sus datos y su derecho a rechazar la encuesta sin detrimento de su afiliación al programa de TCE y no se les remuneró por su participación. Los participantes fueron encuestados en sus hogares por encuestadores profesionales. Se solicitó a los participantes llenar por sí mismos los cuestionarios impresos, pero ocasionalmente el encuestador ayudó a los participantes leyendo el cuestionario en voz alta y registrando sus respuestas.

Análisis de datos

Los datos de los padres e hijos fueron analizados mediante modelamiento de ecuaciones estructurales con el paquete Lavaan en R (Rosseel, 2012), usando el método de estimación de máxima verisimilitud con la corrección Satorra-Bentley. Los síntomas psicológicos en padres e hijos fueron modelados como variables latentes de la siguiente manera: En los adultos Síntomas psicológicos fue modelada con las variables reportadas por los padres de depresión, ansiedad y estrés, como indicadores. En los adolescentes Síntomas psicológicos fue modelada con las variables reportadas por los hijos de los síndromes ansioso/deprimido y retraído/deprimido, como indicadores. También en los adolescentes se modeló la variable latente Apego parental con apego materno y apego paterno de los hijos, como indicadores. Las variables resiliencia, apoyo social percibido y bienestar subjetivo reportadas por los hijos también fueron incluidos en el modelo como posibles moderadoras.

Resultados

Para este análisis sólo los hogares con hijos adolescentes fueron seleccionados, por lo que algunos hogares de la muestra original fueron excluidos. Para explorar posibles sesgos de selección, se analizaron las muestras de beneficiarios tanto incluidos como excluidos respecto a su edad, tiempo en el programa, estatus marital, reporte de enfermedad mental, consumo problemático de alcohol y drogas, y sus niveles reportados de depresión, ansiedad y estrés. Los resultados se muestran en la Tabla 1

Tabla 1 Comparación de beneficiarios participantes y no participantes

	No-participantes <i>N</i> = 1019	Participantes <i>N</i> = 1093	Prueba estadística (<i>gl</i>)	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
Soltero, separado, divorciado o viudo %	33.1	19.9			
Casado o en unión libre %	66.9	80.1	$X^2(1) = 43.55$	<.001	0.29
Niega padecer una enfermedad mental %	97.2	96.9	$X^2(1) = 0.060$	.807	0.01
Niega consumo problemático de alcohol %	99.1	98.9	$X^2(1) = 0.069$	.792	0.01
Niega consumo problemático de drogas %	99.8	100	$X^2(1) = 0.663$	.415	0.04
Edad en años <i>M(DE)</i>	51.09(15.6)	40.98(9.19)	$t(2082.81) = 18.69$	<.001	0.83
Tiempo en el programa en años <i>M(DE)</i>	3.30(0.68)	3.27(0.69)	$t(2110) = 1.18$	.239	0.06
Depresión <i>M(DE)</i>	44.47(13.58)	42.10(12.64)	$t(1876.44) = 4.09$	<.001	0.18
Ansiedad <i>M(DE)</i>	39.03(13.27)	37.58(11.98)	$t(1908.82) = 2.61$	.009	0.11
Estrés <i>M(DE)</i>	2.42(.069)	2.35(0.66)	$t(2101) = 2.14$	.032	0.10

Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran que las muestras de beneficiarios difieren significativamente en edad, estatus marital y en sus niveles reportados de depresión, ansiedad y estrés; pero no respecto al tiempo en el programa, reporte de enfermedad mental o consumo problemático de alcohol o drogas. Los beneficiarios excluidos fueron de mayor edad, con mayor proporción de viudos y divorciados y con niveles más altos de depresión, ansiedad y estrés. Sin embargo, se debe considerar que el 26.9% de los beneficiarios incluidos reportaron puntajes totales de depresión de 50 o más y que el 84.1% de ellos reportaron puntajes totales de ansiedad de 26 o más. Considerados ambos como valores altos.

Los datos de los adolescentes fueron comparados por género respecto a sus niveles reportados de apego materno, apego paterno, apoyo social percibido, resiliencia, síndrome

ansioso/deprimido, síndrome retraído/deprimido y bienestar subjetivo. Los resultados del análisis se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2 Comparación de los adolescentes por género

	Hijas			Hijos			<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
Apego materno	482	3.39	0.57	610	3.28	0.60	-3.20	1090	.001	0.20
Apego paterno	447	3.03	0.79	572	3.10	0.69	1.40	891.67	.163	-0.09
Apoyo social	483	3.39	0.61	610	3.19	0.66	-5.09	1091	<.001	0.31
Resiliencia	483	3.21	0.49	610	3.20	0.50	-0.16	1091	.869	0.01
Ansioso/deprimido	483	8.97	4.68	610	7.59	4.88	-4.71	1091	<.001	-0.29
Retraído/deprimido	483	4.99	2.96	610	4.72	2.94	-1.52	1091	.130	-0.09
Bienestar	483	2.90	0.46	610	2.90	0.47	-0.06	1091	.950	0.00

Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran diferencias significativas en los puntajes de apego materno, apoyo social percibido y del síndrome ansioso/deprimido; pero no en apego paterno, resiliencia, síndrome retraído/deprimido o bienestar subjetivo. Las hijas reportaron niveles más altos que los hijos en apego materno, apoyo social y síndrome ansioso/deprimido.

Se exploró un modelo estructural en el que se incluyeron los síntomas psicológicos parentales y las variables de sus hijos adolescentes de apego parental, apoyo social percibido, resiliencia, síntomas psicológicos y bienestar subjetivo. El mismo modelo fue probado en hijas e hijos por separado para explorar posibles variaciones por género. El modelamiento de las variables latentes Síntomas psicológicos parentales, Síntomas psicológicos de los hijos y Apego parental de los hijos fue apoyada empíricamente.

Sin embargo, los senderos de regresión que van de Síntomas psicológicos parentales a Síntomas psicológicos de los hijos, resiliencia y bienestar subjetivo de los adolescentes no fueron apoyados empíricamente ni en hijas ni hijos. Aunque sí se observaron algunas variaciones por género en la relación entre Síntomas psicológicos parentales y algunas variables de los adolescentes. Síntomas psicológicos parentales se relacionó negativamente con el Apego parental y el apoyo social percibido en las hijas, pero no en los hijos.

En contraste, casi todos los senderos de regresión entre las variables de los adolescentes fueron significativas al nivel de $p < .05$ tanto en hijas como en hijos; con excepción del sendero

Figura 2. Síntomas parentales y resultados psicológicos en los hijos

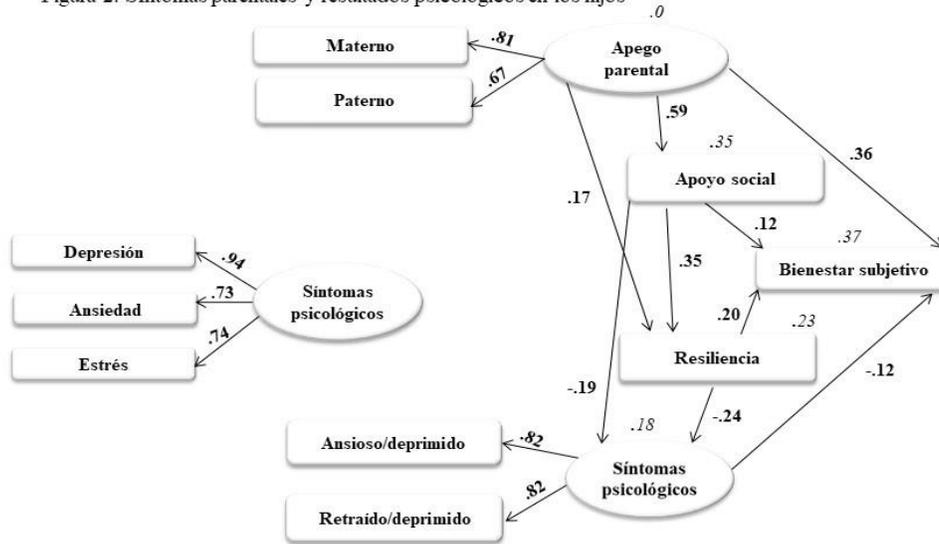


Figura 2. $N = 610$, coeficientes R^2 en cursivas, no se muestran errores estándar ni senderos no significativos.

Los resultados indican que los síntomas psicológicos parentales no se relacionaron prospectivamente con los síntomas psicológicos de los hijos, ni con su bienestar. Sin embargo, niveles altos de síntomas psicológicos parentales se relacionaron con niveles bajos de apego parental y apoyo social percibido, sólo en las hijas. Es decir, los datos sugieren una relación indirecta, a través del apego parental y el apoyo social percibido, entre los síntomas psicológicos parentales y los síntomas psicológicos sólo en las hijas.

Las interrelaciones concurrentes entre las variables de los adolescentes sugieren que niveles más altos de apego parental se relacionaron con niveles más altos de apoyo social percibido, resiliencia y bienestar subjetivo tanto en hijas como en hijos y con niveles más bajos de síntomas psicológicos sólo en las hijas. A su vez, altos niveles de apoyo social percibido se relacionaron con altos niveles de resiliencia y bienestar subjetivo tanto en las hijas como los hijos y con niveles más bajos de Síntomas psicológicos sólo en los hijos.

Adicionalmente, tanto en hijas como en hijos, niveles más altos de resiliencia se relacionaron con niveles más altos de bienestar subjetivo y niveles más bajos de Síntomas

psicológicos; y niveles más bajos de Síntomas psicológicos se relacionaron con niveles más altos de bienestar subjetivo.

Discusión

El propósito del presente estudio fue explorar hasta qué punto los síntomas psicológicos parentales se relacionan con la salud mental y bienestar subjetivo de sus hijos adolescentes en familias mexicanas que viven en extrema pobreza. Nuestros datos muestran que los síntomas psicológicos parentales no se relacionan prospectivamente con los síntomas psicológicos y bienestar subjetivo de los adolescentes; aunque sugieren que dicha relación puede estar mediada por el apego parental sólo en las hijas.

De tal manera que la hipótesis del efecto prospectivo de los síntomas psicológicos parentales en la salud mental y bienestar subjetivo de sus hijos adolescentes no fue sustentada por los datos. Mientras que la hipótesis del efecto moderador del apego parental y la resiliencia sólo obtuvo apoyo empírico parcial y la hipótesis del efecto protector de la resiliencia en la salud mental y bienestar subjetivo de los adolescentes fue apoyada por los datos.

Síntomas psicológicos parentales

La falta de relación entre los síntomas psicológicos parentales y los de sus hijos se contrapone a los resultados previos de investigación que señalan una alta posibilidad de transmisión de los síntomas de depresión (Benjet et al., 2020; González-Forteza et al., 2019; Weissman et al., 2016) y de ansiedad (Eley et al., 2015) de padres a hijos. Una posible explicación de este resultado es que el tiempo entre las dos encuestas podría haber causado la falta de relación entre los síntomas psicológicos parentales y los de sus hijos. Sin embargo, otros estudios han encontrado relaciones significativas entre la perturbación emocional de los padres y efectos adversos en sus hijos incluso 30 años después (Weissman et al., 2016).

Otra posible explicación es que se analizaron los síntomas de depresión y ansiedad parentales, pero no la presencia del diagnóstico psiquiátrico de depresión mayor o del desorden de ansiedad generalizada. Esta diferencia podría haber afectado la fuerza de las relaciones estudiadas, debido a que podría argumentarse que el impacto de un trastorno psiquiátrico parental en la vida de sus hijos sería más pernicioso que la presencia de síntomas aislados que no justifican un diagnóstico clínico psiquiátrico (de Castro et al., 2017; Nieto et al., 2017). Sin

embargo, dado que los datos muestran que una proporción considerable de los padres reportan niveles clínicos de depresión (26.9%) y ansiedad (84,1%), esta explicación parece poco apoyada por los datos.

La falta de relación entre los síntomas psicológicos parentales y el bienestar subjetivo de sus hijos adolescentes también está en contraposición a previos resultados de investigación que señalan los efectos adversos de los síntomas de salud mental de los padres en el bienestar emocional de sus hijos (Tyrell et al., 2019). De nuevo, el lapso entre ambas encuestas puede ser una explicación plausible para esta aparente falta de efecto. Tampoco se puede descartar la posibilidad de que el programa gubernamental de TCE haya tenido efectos positivos en el bienestar de los adolescentes, debido a que la reducción de la pobreza puede mejorar la salud mental de los niños (Zimmerman et al., 2021).

Desafortunadamente no tenemos datos de pretest de los adolescentes para poder descartar esta posibilidad.

Género y efectos mediacionales

Los resultados sugieren un patrón mediacional específico de género, ya que el apego parental media la relación entre los síntomas psicológicos parentales y la resiliencia, los síntomas psicológicos y el bienestar subjetivo de las hijas. El apoyo social percibido también media la relación entre los síntomas psicológicos parentales y la resiliencia y el bienestar subjetivo de las hijas. Al parecer, las hijas experimentan efectos más duraderos de los síntomas psicológicos parentales comparados con los hijos, quienes parecen ser inmunes a los posibles efectos adversos de los síntomas psicológicos parentales.

Algunas diferencias entre los adolescentes hombres y mujeres pueden haber contribuido a este resultado. Debido a que las hijas tendieron a reportar más apego maternal y niveles más altos del síndrome ansioso/depresivo que los hijos, las hijas podrían haber sido más sensibles a los síntomas psicológicos parentales, reportados principalmente por las madres. También las hijas podrían haber sido más afectadas por los síntomas psicológicos parentales, debido a que altos niveles de síntomas psicológicos parentales covariaron con menos apego parental; disminuyendo el posible efecto protector del apego parental en sus niveles de resiliencia, síntomas psicológicos y bienestar subjetivo.

Esta relación entre síntomas psicológicos parentales y bajos niveles de resiliencia en los hijos concuerda con resultados previos que sugieren que la perturbación emocional de los padres se relaciona con pobre funcionamiento psicosocial de los niños (Weissman et al., 2016). También debe considerarse la mayor cercanía de las hijas a sus padres. En adolescentes mexicanos se encontró que las hijas reportan mayor afecto y comunicación por parte de sus padres comparadas con los hijos varones (Halgunseth et al., 2017).

Las hijas también parecen ser más influenciadas por sus padres. Por ejemplo, en adolescentes mexicanos, el efecto protector del apoyo parental en la relación entre la exposición a la violencia y la presencia de síntomas de depresión solamente fue significativa en las hijas, no en los hijos varones (Quiroga et al., 2017).

Apego parental y resiliencia

Las interrelaciones concurrentes entre el apego parental, la resiliencia, los síntomas psicológicos y el bienestar subjetivo de los adolescentes sugieren que el apego parental se relaciona con la resiliencia, la resiliencia se asocia con los síntomas psicológicos y éstos se relacionan con el bienestar subjetivo tanto en mujeres como en hombres. Estos resultados son congruentes con otros previamente documentados que señalan la importancia del apego parental como un factor protector que atenúa la perturbación emocional de los adolescentes (Lam et al., 2019; Oldfield et al., 2016) y promueve su bienestar subjetivo (Cooke et al., 2019; Doty et al., 2017). Los resultados también sugieren un efecto protector de la resiliencia sobre los síntomas psicológicos y el bienestar subjetivo de los adolescentes tanto hombres como mujeres.

Estos resultados concuerdan con la relación positiva previamente documentada entre la resiliencia y el bienestar subjetivo (Karaman et al., 2020), así como con la relación negativa entre resiliencia y perturbación emocional (Beutel et al., 2017) y con la relación negativa entre bienestar subjetivo y perturbación emocional (Kjeldsen et al., 2016).

Resultados previos de investigación han encontrado que el apego parental tiene una relación positiva duradera con la resiliencia (Doty et al., 2017) y que tiene efectos protectores de larga duración que atenúan los efectos de la adversidad experimentada en la niñez, tanto en la salud mental como en el bienestar subjetivo (Corcoran & McNulty, 2018). Por lo que es posible que el efecto protector del apego parental esté mediado por la resiliencia.

La resiliencia puede tener un rol protector al atenuar el impacto de los síntomas psicológicos y promover el bienestar, porque la resiliencia puede moderar la respuesta de los adolescentes ante circunstancias estresantes. Por ejemplo, se observó que los jóvenes con altos niveles de resiliencia no experimentan niveles altos de problemas emocionales en un contexto de adversidad (Zetino et al., 2020), posiblemente debido a que sus respuestas de afrontamiento son más eficaces o por su habilidad de autorregulación. Ya que esta última puede ser un factor protector de los jóvenes contra los efectos negativos de los estresores (Taylor et al., 2018).

En resumen, encontramos que los síntomas psicológicos parentales no se relacionaron directamente con los síntomas psicológicos de sus hijos ni con su bienestar subjetivo. Su relación es aparentemente indirecta y sólo en las hijas. Nuestros datos son consistentes con el papel protector de la resiliencia, pero más investigación sería necesaria para desentrañar las relaciones entre estos constructos. En particular con respecto a posibles mecanismos de protección usados por los adolescentes.

Limitaciones y contribuciones

Los presentes datos provienen de una muestra probabilística de los hogares beneficiarios del programa gubernamental contra la pobreza de TCE, lo que permite extender los resultados a los padres y adolescentes que viven en condiciones similares de pobreza, pero los resultados no se pueden extender a la población general, ni es posible determinar qué tanto difiere nuestra muestra de la población mexicana en general.

Otro problema importante de este estudio es el uso de autoinformes tanto de padres como de hijos, así como el diseño transversal de la encuesta, lo que impide la identificación de cualquier relación causal entre las variables concurrentes.

La mayoría de los estudios sobre el impacto del programa gubernamental mexicano de TCE carece de información sobre el bienestar psicológico de los beneficiarios (cfr. Lambert & Park, 2019). En contraste, este estudio analizó la relación entre variables psicológicas de padres e hijos y su posible impacto en la salud mental y bienestar de los adolescentes. Aunque es necesario tener cautela al interpretar los presentes resultados, consideramos que este estudio contribuye con información única, proveniente de una muestra probabilística de una

subpoblación poco estudiada y que proporciona información empíricamente derivada para la planeación de políticas de desarrollo de los adolescentes que viven en situación de pobreza.

Implicaciones prácticas

Mejorar los recursos psicológicos de los adolescentes puede contribuir positivamente a su desarrollo psicosocial. En este sentido, proveer estrategias psicológicas para afrontar los posibles efectos de la adversidad es importante para mejorar el futuro de los adolescentes en desventaja socioeconómica. Nuestros resultados sugieren que fortalecer la resiliencia de los adolescentes es potencialmente estratégico para su salud mental y bienestar psicológico.

Nota de autor

† In memoriam.

Este trabajo recibió apoyo del Fondo Mixto Conacyt-Sedesol (No. 91388) y del Instituto de Investigación sobre Desarrollo Sustentable y Equidad Social de la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. No se declaran conflictos de interés.

Referencias

- Achenbach, T. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Benjet, C., Albor, Y. C., Bocanegra, E. S., Borges, G., Méndez, E., Casanova, L., & Medina-Mora, M. E. (2020). Incidence and recurrence of depression from adolescence to early adulthood: A longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, 263, 540-546. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.010>
- Beutel, M. E., Tibubos, A. N., Klein, E. M., Schmutzer, G., Reiner, I., Kocalevent, R.-D., & Brähler, E. (2017) Childhood adversities and distress - The role of resilience in a representative sample. *PLoS ONE*, 12(3), Article e0173826. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173826>

Burt, K. B. & Rosenberg, E. R. (2020). Resilience. In *The encyclopedia of child and adolescent development* (eds S. Hupp and J. Jewell).

<https://doi.org/10.1002/9781119171492.wecad342>

Calderón, G. (1984). *Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento*. Trillas.

Camacho-Thompson, D. E., Gillen-O'Neel, C., Gonzales, N. A., & Fuligni, A. J. (2016).

Financial strain, major family life events, and parental academic involvement during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(6), 1065-1074.

<https://doi.org/10.1007/s10964-016-0443-0>

Chaudry, A. & Wimer, C. (2016). Poverty is not just an indicator: The relationship between income, poverty, and child well-being. *Academic Pediatrics*, 16(3), Suppl. S23–S29.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2015.12.010>

Cooke, J. E., Kochendorfer, L. B., Stuart-Parrigon, K. L., Koehn, A. J., & Kerns, K. A. (2019).

Parent-child attachment and children's experience and regulation of emotion: A meta-analytic review. *Emotion*, 19(6), 1103–1126. <https://dx.doi.org/10.1037/emo0000504>

Corcoran, M. & McNulty, M. (2018). Examining the role of attachment in the relationship between childhood adversity, psychological distress and subjective well-being. *Child Abuse & Neglect*, 76, 297-309. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.012>

Dávila Lárraga, L. G. (2016). How does Prospera work? Best practices in the implementation of conditional cash transfer programs in Latin America and the Caribbean. Technical Report IDB-TN-971. How does Prospera Work?: Best Practices in the Implementation of Conditional Cash Transfer Programs in Latin America and the Caribbean (iadb.org)

De Castro, F., Place, J. M., Villalobos, A., Rojas, R., Barrientos, T., Frongillo, E. A. (2017). Poor early childhood outcomes attributable to maternal depression in Mexican women.

Archives of Women's Mental Health, 20(4), 561–568. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0736-7>

De Luca, S. M., Yueqi, Y., DiCorcia, D., & Padilla, Y. (2018). A longitudinal study of Latino and non-Hispanic mothers' and fathers' depressive symptoms and its association with

- parent-child communication. *Journal of Affective Disorders*, 227, 580-587.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.046>
- Devenish, B., Hooley, M., & Mellor, D. (2017). The pathways between socioeconomic status and adolescent outcomes: A systematic review. *American Journal of Community Psychology*, 59(1-2), 219-238. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12115>
- Doty, J. L., Davis, L., & Arditti, J. A. (2017). Cascading resilience: Leverage points in promoting parent and child well-being. *Journal of Family Theory & Review*, 9(1), 111-126. <https://doi.org/10.1111/jftr.12175>
- Eley, T. C., McAdams, T. A., Rijdsdijk, F. V., Lichtenstein, P., Narusyte, J., Reiss, D., Spotts, E. L., Ganiban, J. M., & Neiderhiser, J. M. (2015). The intergenerational transmission of anxiety: A children-of-twins study. *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 630-637. <https://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14070818>
- Fonseca, G., Cunha, D., Crespo, C., & Relvas, A. P. (2016). Families in the context of macroeconomic crises: A systematic review. *Journal of Family Psychology*, 30(6), 687-697. <https://doi.org/10.1037/fam0000230>
- Gilbert, L. R., Brown, C. S., & Mistry, R. S. (2017). Latino immigrant parents' financial stress, depression, and, academic involvement predicting child academic success. *Psychology in the Schools* 54(9), 1202-1215. <https://doi.org/10.1002/pits.22067>
- González-Forteza, C., Solís, T. C., Juárez, G. F., Jiménez, T. A., Hernández, F. G., Fernández-Varela, M. H., & Medina-Mora, M. E. (2019). Depressive disorder and psychosocial indicators in high school and college students from Mexico City: data from two censuses, *Salud Mental*, 42(5), 243-249. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.031>
- Halgunseth, L., Espinosa-Hernandez, G., Joeng, H.-K., Chang, Y., Card, N., & Reid, A. (2017). Parenting and adolescent adjustment in Mexico: Initial evidence of validity for the Mexican Parenting Questionnaire for Adolescents (MPQ-A). *Journal of Child and Family Studies*, 26(2), 471-481. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0581-8>

- Hu, L.-T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Karaman, M. A., Cavazos Vela, J., & Garcia, C. (2020). ¿Do hope and meaning of life mediate resilience and life satisfaction among Latinx students? *British Journal of Guidance & Counselling*. <https://doi.org/10.1080/03069885.2020.1760206>
- Kavanaugh, S. A., Neppl, T. K., & Melby, J. N. (2018). Economic pressure and depressive symptoms: Testing the family stress model from adolescence to adulthood. *Journal of Family Psychology*, 32(7), 957-965. <https://doi.org/10.1037/fam0000462>
- Kjeldsen, A., Nilsen, W., Gustavson, K., Skipstein, A., Melkevik, O., & Karevold, E. B. (2016). Predicting well-being and internalizing symptoms in late adolescence from trajectories of externalizing behavior starting in infancy. *Journal of Research on Adolescence*, 26(4), 991-1008. <https://dx.doi.org/10.1111/jora.12252>
- Lam, L. T., Rai, A., & Lam, M. K. (2019). Attachment problems in childhood and the development of anxiety in adolescents: A systematic review of longitudinal and prospective studies. *Mental Health & Prevention*, 14, Article 100154. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2019.02.002>
- Lambert, F. & Park, H. (2019). Income inequality and government transfers in Mexico. (IMF Working Paper Volume 19 Issue 148). International Monetary Fund. *Income Inequality and Government Transfers in Mexico in: IMF Working Papers Volume 2019 Issue 148* (2019).
- Levenstein, C., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19-32. [https://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90120-5](https://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(93)90120-5)
- Neppl, T. K., Senia, J. M., & Donnellan, M. B. (2016). Effects of economic hardship: Testing the family stress model over time. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 12-21. <https://doi.org/10.1037/fam0000168>

- Nieto, L., Lara, M. A., & Navarrete, L. (2017). Prenatal predictors of maternal attachment and their association with postpartum depressive symptoms in Mexican women at risk of depression. *Maternal and Child Health Journal*, 21(6), 1250-1259.
<https://doi.org/10.1007/s10995-016-2223-6>
- Oldfield, J., Humphrey, N., & Hebron, J. (2016). The role of parental and peer attachment relationships and school connectedness in predicting adolescent mental health outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(1), 21-29. <https://doi.org/10.1111/camh.12108>
- Palomar Lever, J. & Gómez, N. E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia en mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
<https://www.redalyc.org/pdf/180/18014748002.pdf>
- Palomar Lever, J. (2000). The development of an instrument to measure quality of life in México City. *Social Indicators Research*, 50(2), 187-208.
<https://dx.doi.org/10.1023/A:1006994819581>
- Palomar Lever, J. (2015a). Resiliencia, educación y movilidad social en adultos beneficiarios del programa de desarrollo humano Oportunidades. Universidad Iberoamericana.
- Palomar Lever, J. (2015b). Rendimiento académico, ajuste psicosocial y bienestar subjetivo en adolescentes hijos de beneficiarios del programa de desarrollo humano Oportunidades. Universidad Iberoamericana.
- Patel, V., Burns, J. K., Dhingra, M., Tarver, L., Kohrt, B. A., & Lund, C. (2018), Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry*, 17(1), 76-89.
<https://doi.org/10.1002/wps.20492>
- Peeverill, M., Dirks, M. A., Narvaja, T., Herts, K. L., Comer, J. S., McLaughlin, K. A. (2021). Socioeconomic status and child psychopathology in the United States: A meta-analysis of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 83,101933.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101933>

- Porche, M. V., Costello, D. M., & Rosen-Reynoso, M. (2016). Adverse family experiences, child mental health, and educational outcomes for a national sample of students. *School Mental Health*, 8(1), 44-60. <https://dx.doi.org/10.1007/s12310-016-9174-3>
- Quiroga, A., López-Rodríguez, L., & Willis, G. B. (2017). Parental support buffering the effect of violence on adolescents' depression: Gender differences. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(7), 1068-1086. <https://doi.org/10.1177/0886260515587664>
- Raffaelli, M., Andrade, F. C. D., Wiley, A. R., Sanchez-Armass, O., Edwards, L.L. & Aradillas-García, C. (2013). Stress, social support, and depression: A test of the stress-buffering hypothesis in a Mexican sample. *Journal of Research on Adolescence*, 23(2), 283-289. <https://doi.org/10.1111/jora.12006>
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & V. Patel, (2020, December 11). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522). <http://dx.doi.org/10.1126/science.aay0214>
- Roberts, J., Donkin, A., & Marmot, M. (2016). Opportunities for reducing socioeconomic inequalities in the mental health of children and young people – reducing adversity and increasing resilience. *Journal of Public Mental Health*, 15(1), 4-18. <https://doi.org/10.1108/JPMH-08-2015-0039>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48, (2), 1-36. <https://www.jstatsoft.org/v48/i02/>
- Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., & Schmidt, S. J. (2016). Resilience, risk, mental health and well-being: associations and conceptual differences. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(5), 459-466. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0851-4>
- Sullivan, A. D. W., Forehand, R., Vreeland, A., & Compas, B. E. (2022). Does parenting explain the link between cumulative SES risk and child problems in the context of parental depression? *Child Psychiatry & Human Development*, 53(2), 330-341. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01130-9>

- Szkody, E. & Mckinney, C. (2019). Social support versus emotion regulation: Mediators of attachment and psychological problems after social exclusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(10), 882-905. <https://doi.org/10.1521/jscp.2019.38.10.882>
- Taylor, Z. E., Jones, B. L., Anaya, L. Y., & Evich, C. D. (2018). Effortful control as a mediator between contextual stressors and adjustment in Midwestern Latino youth. *Journal of Latina/o Psychology*, 6(3), 248-257. <https://doi.org/10.1037/lat0000091>
- Tyrell, F., Yates, T., Reynolds, C., Fabricius, W., & Braver, S. (2019). The unique effects of maternal and paternal depressive symptoms on youth's symptomatology: Moderation by family ethnicity, family structure, and child gender. *Development and Psychopathology*, 31(4), 1213-1226. <https://doi.org/10.1017/S0954579418000846>
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Warner, V., Pilowsky, D., Kohad, R. G., Verdeli, H., Skipper, J., & Talati, A. (2016). Offspring of depressed parents: 30 years later. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 1024-1032. <https://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15101327>
- Zamudio, G., Wang, C. D., & Jin, L. (2020) Adult attachment, social self-efficacy, familismo, and psychological wellbeing: a cross-cultural comparison. *The Counseling Psychologist*, 48(7), 922-952. <https://doi.org/10.1177/0011000020930637>
- Zetino, Y. L., Galicia, B. E., & Venta, A. (2020). Adverse childhood experiences, resilience, and emotional problems in Latinx immigrant youth. *Psychiatry Research*, 293, Article 113450. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113450>
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, Z., & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2.
- Zimmerman, A., Garman, E., Avendano-Pabon, M., Araya, R., Evans-Lacko, S., McDaid, D., Park, A-L., Hessel, P., Diaz, Y., Matijasevich, A., Ziebold, C., Bauer, A., Silvestre Paula, C., & Lund, C. (2021). The impact of cash transfers on mental health in children and young people in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-

analysis. *BMJ Global Health*, 6(4), e004661. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004661>

Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63-70. <https://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>

Envío a dictamen:	10 mayo 2024
Aprobación:	21 mayo 2024

LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA COMO HERRAMIENTA DIDÁCTICA PARA EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO EN LA UNIDAD DE APRENDIZAJE DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

STRATEGIC PLANNING AS A DIDACTIC TOOL FOR MEANINGFUL LEARNING IN THE HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT LEARNING UNIT

Imelda Zaribel Orozco Rodríguez¹⁴

Resumen

Se describe la experiencia de enseñanza- aprendizaje con un grupo de estudiantes del sexto semestre de la unidad de aprendizaje de Desarrollo de Recursos Humanos de la licenciatura en Psicología, utilizando la planeación estratégica como herramienta didáctica para el aprendizaje significativo que, a su vez, implica la reflexión y planeación de carrera de estudiantes rumbo a su inserción al mercado laboral.

Palabras clave: Planeación estratégica, aprendizaje significativo, inserción laboral

Abstract

The teaching-learning experience is described with a group of students from the sixth semester of the Human Resources Development learning unit, of the degree in Psychology, using strategic planning as a didactic tool for meaningful learning that in turn implies reflection and career planning of students towards their insertion into the labor market.

Keywords: Strategic planning, meaningful learning, job placement

Introducción

¹⁴ Licenciada en Psicología por la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx) Maestra en Psicoterapia Gestalt por UNIPRE, Siglo XXI; docente de la Academia de Psicología Organizacional en la Facultad de Ciencias de la Conducta, Coordinadora de planeación y evaluación en la Facultad de Ciencias de la Conducta

Correspondencia: zaribelo@gmail.com

El Instituto Mexicano para la Competitividad Económica (2022) asegura que el grupo de jóvenes que acceden a la educación superior en México se ha incrementado en siete puntos porcentuales en los últimos 17 años, esto representa una mayor posibilidad de incorporarse al mercado laboral formal y tener mayores ingresos en comparación con la población que cuenta con una menor formación académica.

Tras concluir sus estudios, estos jóvenes se enfrentan a un mercado laboral competitivo, por lo que es imprescindible que durante la formación académica no solo se hagan esfuerzos hacia la promoción de los estudios, sino que, además, se vuelve necesario provocar el aprendizaje significativo que fortalezca las competencias profesionales, promover la planeación de carrera y orientar la toma de decisiones, para aumentar las posibilidades de emplearse en el puesto deseado.

La unidad de aprendizaje (U.A) de Desarrollo de Recursos Humanos (D.R.H.) que se imparte en el programa educativo de la Licenciatura en Psicología de la UAEMEX, se cursa en el sexto semestre de la trayectoria académica y tiene, entre otros, el objetivo de que los estudiantes analicen los procesos y técnicas de capacitación, mediante el diagnóstico, la estructuración, desarrollo y evaluación de planes y programas que fortalezcan los conocimientos, habilidades y actitudes de los colaboradores de una organización, por lo que en la unidad temática dos abordan la capacitación del personal. (UAEMEX, 2019)

A esta U.A. le anteceden unidades como Administración Estratégica e Integración de Recursos Humanos.

Aprendizaje significativo

El aprendizaje significativo es aquel en el que los estudiantes al aprender un tema lo relacionan con contenidos previos y experiencias de vida, lo que permite que le dé significado y lo pueda transferir a otras situaciones (Carneros, 2018) citado en (Baque y Portilla, 2021)

(Baque y Portilla, 2021) El aprendizaje significativo es importante debido a que los estudiantes adquieren conocimientos mediante la relación del estudio con las experiencias y motivaciones vividas diariamente a través del tiempo. Por esta razón, se puede decir que aquellos conocimientos obtenidos por los estudiantes al ser significativos durarán para toda la vida. p.79

Considerando que el sexto semestre es el momento intermedio entre el ingreso y el egreso en la formación de la licenciatura en Psicología, se convierte en el escenario propicio para cuestionar al estudiante respecto del puesto que le gustaría ocupar una vez que concluya sus estudios y desarrollar a partir de ello una serie de reflexiones hacia la construcción de su plan de carrera, así como la aplicación de herramientas que le permitan detectar las necesidades de formación hacia la consecución de ese empleo deseado; ejercicio, que a su vez, le permitirá dar significado y reconocer la utilidad de esas herramientas y en un futuro, trasladarlas hacia un escenario organizacional en el que se requiera la Detección de Necesidades de Capacitación de los trabajadores y el consecuente diseño de un programa de capacitación.

La Planeación estratégica

La planeación estratégica es una herramienta comúnmente utilizada en el ámbito organizacional y empresarial, pues se reconoce su valor para prever un rumbo y orientar el quehacer institucional.

(Bianchi, 1995) La planeación estratégica es “el esfuerzo sistemático y más o menos formal de una empresa para establecer sus propósitos, objetivos, políticas y estrategias básicas; desarrollando planes detallados con el fin de ponerlos en práctica y lograr los propósitos” Citado en Reyes (2022)

Consiste en analizar escenarios, formular diagnósticos, determinar objetivos y diseñar estrategias para integrar un plan de acción hacia el futuro esperado. (Acle, 1989)

Este análisis consiste en una serie de pasos que concluirán en el plan de acción estratégico. En un primer momento, la organización ha de tener claro cuál es su razón de ser respondiendo a la pregunta ¿Qué hace nuestro negocio?, lo que deriva en diseño de la “Misión”; La Misión es la razón de ser de la empresa y se corresponde con los resultados que persigue con carácter permanente Cardona & Rey (2021).

Posteriormente se define hacia dónde quiere dirigir su destino o ¿cómo quiere llegar a ser?, a través de lo cual, se define la “Visión”. La visión hace referencia al perfil que se desea para la empresa en el futuro. Es aquella que engloba el futuro deseado, o la aspiración de la organización; el sentido de descubrimiento y destino que motiva tanto a los directivos como a los trabajadores, es decir, es la dirección por seguir (Gerry y Kevan, 2003).

Luego, se analiza el contexto en el que se desenvuelve la organización y el análisis de la organización propiamente dicha, de ahí se desprende lo conocido como análisis FODA, conjunto de letras iniciales de: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, hacia el cumplimiento de la Misión y Visión organizacionales.

Las fortalezas y debilidades derivan de actividades o situaciones que la organización puede controlar o que desempeña muy bien o muy mal; por su parte, las oportunidades y amenazas, son situaciones o actividades que están fuera de control de la organización y que más bien obedecen a factores externos, como pueden ser: económicos, políticos, etc.

Luego de desarrollar el esquema FODA, la matriz de impacto cruzado resulta una técnica altamente efectiva que permitirá el diseño de las estrategias para el diseño del plan de acción.

La matriz de impacto cruzado consiste en cruzar las fortalezas con las oportunidades de tal forma que se generen estrategias que potencien el quehacer organizacional y por lo tanto el alcance de objetivos; el cruce de fortalezas con amenazas que deriva en el diseño de estrategias que normalicen o neutralicen las amenazas; el cruce de oportunidades con debilidades, para neutralizar o subsanar esas debilidades; y finalmente se cruzan las amenazas con las debilidades, este último cuadrante permite el diseño de estrategias que se anticipan a resolver deficiencias organizacionales.

Metodología

Se adaptan las fases de la planeación estratégica con la finalidad de generar un diagnóstico de necesidades de formación adicional para ocupar un puesto de trabajo con estudiantes del sexto semestre de la licenciatura en Psicología quienes cursan la unidad de aprendizaje de Desarrollo de Recursos Humanos, para el consecuente diseño de un programa de capacitación, de tal forma que el ejercicio vivencial dé significado al aprendizaje, para que posteriormente, sea trasladado a un escenario organizacional en el que deban diseñar un programa de capacitación para trabajadores.

Se inicia solicitando a cada uno de los 30 estudiantes que conforman el grupo, que determine el área de la Psicología a la que desea dedicarse una vez que se gradúe, sea esta la Psicología Clínica, Organizacional, Educativa o Social, declarando así su “Misión”.

Una vez determinada la Misión, se instruye a cada estudiante definir qué tipo de trabajo le gustaría desempeñar en el mercado laboral (puesto de trabajo que le gustaría ocupar), diseñando así su “Visión”. Posteriormente cada estudiante investiga un descriptivo de puesto del trabajo en el que le gustaría emplearse.

El descriptivo de puesto es el documento en el que se enuncian las tareas y responsabilidades que lo conforman y distinguen del resto de puestos en la organización Chiavenato (2011), contiene el perfil del puesto, apartado que determina los conocimientos, habilidades y actitudes o bien las competencias que debe poseer una persona para desempeñarlo.

Con el descriptivo de puesto, cada estudiante desarrolla el FODA, identificando las fortalezas y debilidades que considera posee con relación a ese descriptivo; las oportunidades y amenazas que identifica para el alcance de su “Visión”.

Figura 1. EJEMPLO DE ANÁLISIS FODA

ANÁLISIS FODA	
INTERNO	EXTERNO
<i>Fortalezas</i>	<i>Oportunidades</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento para la aplicación e interpretación de pruebas psicométricas. • Paciente y tolerante con los niños • Habilidad de escuchar Empática con las personas • Estar estudiando psicología Paciencia y tolerancia con los niños 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener optativas sobre psicología • Hacer mi servicio en una institución • Nivel de inglés básico-intermedio • Planeo hacer mi servicio social en una institución de preescolar. • Tener contacto con personas que estén en mi rama de interés laboral
<i>Debilidades</i>	<i>Amenazas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Poca experiencia en el "ámbito laboral" • Muy poca tolerancia al estrés • Dificultad para comunicarme con las personas • No espero reciprocidad • Pereza 	<ul style="list-style-type: none"> • La carrera tiene mucha demanda • La sociedad tiene una perspectiva errónea de la psicología • La psicología es mal pagada en algunos casos • Competitividad con las pseudociencias

Fuente: Elaborado por una estudiante de sexto semestre de la U.A. DRH 2023

A continuación, se les solicita desarrollar la matriz de impacto cruzado y diseñar las estrategias que les permitan incrementar las posibilidades de ser empleados en el puesto elegido. En el diseño de estrategias del cruce de amenazas y debilidades, se suele identificar necesidades de formación y, aunque con menor frecuencia, también es común, que el cruce de amenazas y

fortalezas derive en estrategias relacionadas con el fortalecimiento de competencias, por lo tanto, en necesidades de formación o capacitación.

Figura 2. EJEMPLO DE MATRIZ DE IMPACTO CRUZADO

<p>FACTORES EXTERNOS FACTORES INTERNOS</p>	<p><u>FORTALEZAS</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento para la aplicación e interpretación de pruebas psicométricas. 2. Paciente y tolerante con los niños 3. Habilidad de escuchar 4. Empática con las personas 5. Estar estudiando psicología 6. Paciencia y tolerancia con los niños 	<p><u>DEBILIDADES</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Poca experiencia en el "ámbito laboral" 2. Muy poca tolerancia al estrés 3. Dificultad para comunicarme con las personas 4. No espero reciprocidad 5. Pereza
<p><u>AMENAZAS</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La carrera tiene mucha demanda 2. La sociedad tiene una perspectiva errónea de la psicología 3. La psicología es mal pagada en algunos casos 4. Competitividad con las pseudociencias 	<p><u>ESTRATEGIA FA</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Habilidad para la aplicación e interpretación de pruebas proyectivas y/o psicométricas (F1,A4) 2. Aprendizaje constante para obtener más grados académicos y generar más dinero (F3,A1,A3) 3. Conocimiento basado en teorías sustentadas (F5,44,A2) 	<p><u>ESTRATEGIAS DA</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Necesidad de ser más activa dentro de la psicología para poder tener un conocimiento más extenso. (D1, A1,A3) 2. Implementar estrategias para el adecuado manejo del estrés (D1,D2,A1,A2) 3. Para una mejor perspectiva de la psicología, capacitación constante para crecimiento personal y laboral (D1,A2,A4)
<p><u>OPORTUNIDADES</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tener optativas sobre psicología 2. Hacer mi servicio en una institución 3. Nivel de inglés básico-intermedio 4. Planeo hacer mi servicio social en una institución de preescolar. 5. Tener contacto con personas que estén en mi rama de interés laboral. 	<p><u>ESTRATEGIA FO</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tener más conocimientos y experiencias en el ámbito educativo (F5,F6,O1,O2) 2. Generar más habilidades dentro del campo en el que quiero estar (F2,F4,O5) 3. Tener conocimientos necesarios para realizar una buena intervención (F3,F5,O3) 	<p><u>ESTRATEGIA DO</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitarme para ser buena en la intervención en niños (D1,O2, O5) 2. Realizar cursos, o capacitaciones para expandir mis conocimientos (D1, O1,O3) 3. Tener más conocimientos de diferentes áreas de psicología para poder tener más oportunidades laborales (D1,D4,O1,O5) 4. Certificarme en inglés para obtener mejores puestos de trabajo (D4,O5)

Fuente: Ejercicio de una estudiante del sexto semestre de la U.A. DRH. 2023

Una vez que cada uno de los 30 estudiantes ha desarrollado cada una de las fases, el total de los ejercicios, se capturan en una base de datos de Excel para el posterior análisis de frecuencias de las necesidades de formación o capacitación enunciadas por los integrantes del grupo.

Resultados

Aunque el ejercicio se concentra y desarrolla en equipos de cinco integrantes, quienes analizan la información y elaboran el informe diagnóstico y el programa de capacitación con objetivos

generales, objetivos particulares, contenidos de capacitación, presupuesto, cronograma de actividades, y el diseño de formatos para evaluar tanto las actividades como el programa, aquí se exponen solo los resultados generales.

De acuerdo con el análisis de frecuencias se puede identificar que: 23 los 30 estudiantes dentro de sus estrategias colocaron aprender o mejorar su nivel de dominio del idioma inglés; 12 de 30 colocaron aprender psicometría; 11 de ellos consideraron necesitar aprender oratoria; siete colocaron como estrategia aprender un modelo de intervención psicoterapéutica para la entrevista; cinco colocaron desarrollo de habilidades socioemocionales, cuatro, tomar cursos de primeros auxilios psicológicos, cuatro gestión del tiempo y dos de ellos, tomar cursos sobre derecho laboral. Aunque esas son las necesidades de mayor frecuencia también se identificaron necesidades de resolución de conflictos, conducción de grupos, entrevista, técnicas de intervención con niños, entre algunas otras.

A partir de estos resultados cada equipo diseña su propio programa de capacitación en el que como objetivo general se establece “Incrementar la empleabilidad de estudiantes egresados de la licenciatura en Psicología, a través del fortalecimiento de competencias en torno al puesto de trabajo deseado”, y considerando las temáticas de mayor frecuencia presupuestará cada actividad, tomando en cuenta todos los recursos necesarios, como: instrucción, espacio para el desarrollo de las actividades, material didáctico, servicio de cafetería, etc., posteriormente diseña el cronograma de actividades, así como los formatos que le permiten llevar el control de la asistencia, y llevar a cabo la evaluación de la capacitación considerando: evaluación de aprendizajes, evaluación de la instrucción, logística, entre otros.

Conclusiones

En cuando a los aprendizajes:

Aunque al momento de cursar esta unidad de aprendizaje los estudiantes ya aprobaron la unidad de aprendizaje de Administración Estratégica en la que identificaron el análisis FODA y desarrollan un esquema así, aún confunden los términos y cometen errores como colocar debilidades en el cuadrante de amenazas, y fortalezas en oportunidades o viceversa.

Así mismo, se observa que es la primera vez que utilizan la matriz de impacto cruzado y encuentran dificultades para el diseño de estrategias que permitan potenciar sus oportunidades y neutralizar sus amenazas, aunque comentan encontrar mucha utilidad en la herramienta.

En cuanto al proceso de reflexión y toma de decisiones de los estudiantes

Otro punto que señalar es que, aunque en general, los estudiantes ya han definido a que área de la Psicología quieren dedicarse, aún no tienen claro en qué puesto u organización les gustaría trabajar, no obstante, considerando que están justo a la mitad de su formación y les quedan por tomar, decisiones en torno a las unidades de aprendizaje optativas que fortalezcan sus competencias, así como decidir, en qué espacio harán sus prácticas profesionales y en algunos casos su servicio social, es importante que vayan desarrollando claridad al respecto pues de ello depende que alcancen el perfil de egreso que coincida con el perfil del puesto al que aspiran y entonces se incremente significativamente su empleabilidad.

En general, el descriptivo en el apartado de perfil de puestos enumera las competencias que debe poseer una persona para desempeñar ese puesto en particular. Entre estas competencias se distinguen las técnicas o disciplinares y las genéricas o suaves.

En el transcurso de la actividad, específicamente al desarrollar el análisis FODA, se observa en los estudiantes una gran dificultad para reconocer las competencias disciplinares o técnicas que han adquirido en los cinco semestres previos de formación, por el contrario, se nota una gran facilidad para reconocer las competencias genéricas ya sea que las posean (fortalezas) o que carezcan de ellas (debilidades).

Además, cabe señalar que, independientemente del área a la que desean dedicarse, los estudiantes perciben una alta necesidad por poseer dominio en inglés. Resulta necesario investigar si esto necesariamente coincide con la exigencia en los puestos de trabajo.

El ejercicio permite aplicar los conocimientos a un escenario real (el grupo) y detectar necesidades para alcanzar un objetivo, por lo que favorece que los estudiantes den significado a lo realizado, al ser altamente práctico y aplicado a la realidad se replique fácilmente en otros escenarios.

Se sugiere repetir ejercicios como este, pues favorecen el aprendizaje significativo y provocan la reflexión y autoconocimiento en los estudiantes, además puede ser útil para determinar ajustes en los planes de estudio de forma que se favorezca la empleabilidad de los egresados.

Referencias

Acle T. A., (1989) Planeación Estratégica y Control Total de Calidad Un caso real “Hecho en México”

file:///C:/Users/Admision/Downloads/Planeacion_Estrategica_y_Control_Total_d.pdf

Baque-Reyes G.R., Portilla-Faican G.I., (2021) El aprendizaje significativo como estrategia didáctica para la enseñanza –aprendizaje., Pol. Con. (Edición núm. 58) Vol. 6, No 5 mayo 2021, pp. 75-86 DOI: 10.23857/pc.v6i5.2632

Cardona, P., Rey, C., (2021) Dirección por Misiones: Conectando a las personas con la estrategia a través del propósito. Ed. Deusto.

Chiavenato I., (2011) Administración de Recursos Humanos, El capital humano en las organizaciones, Ed. Mc Graw Hill

Gerry, J. y Kevan, S. (2003) Dirección Estratégica. Editorial Pearson Educación.

Instituto Mexicano para la Competitividad Económica IMCO (2022) El panorama educativo y laboral de los jóvenes en México, Centro de Investigación en Política Pública 11 de agosto de 2022 <https://imco.org.mx/el-panorama-educativo-y-laboral-de-los-jovenes-en-mexico/>

Reyes López O., (2022) Planeación estratégica para alta dirección., Ed. Palibrio

file:///C:/Users/Admision/Downloads/2012.PlaneacionEstrategicaparaAltaDireccion.ORL libro140pp.pdf

Universidad Autónoma del Estado de México (2019) Programa de estudios Desarrollo de Recursos Humanos, Secretaría de Docencia, Departamento de Desarrollo Curricular., file:///C:/Users/DELL/Downloads/Unidad_13733.pdf

Envío a dictamen:	22 mayo 2024
Aprobación:	02 junio 2024

EQUIPO EDITORIAL

Imelda Zaribel Orozco Rodríguez
Editora General

Martha Patricia Bonilla Muñoz y José Antonio Vírseda Heras
Editores Adjuntos

Gabriela Paola Brogeras Velez
Directora Ejecutiva

Hilda Liliana Esquivel Landa
Diseño Editorial

Jhoana Chávez Rendón
Correctora de Estilo

Alejandro Rodríguez Valtierra
Responsable de Página Electrónica y Redes Sociales

Criterios para publicación

La Revista Psicología sin fronteras, es una publicación semestral que se publica en los meses de junio y diciembre, en formato electrónico. Arbitrada, de carácter académico, científico, editada por Psicólogos sin Fronteras A.C., que busca consolidarse como un medio en el cual se publiquen, difundan, discutan, y promuevan contenidos y avances e información para la actualización de profesionales, así como para promover la reflexión y la investigación con el objetivo de cumplir con los estatutos de la Asociación de acercar la Psicología para todos.

La colaboración será pertinente en tanto signifique avances a la disciplina desde la investigación, la práctica profesional y la docencia. La revista se dirige a investigadores, profesionales, docentes, estudiantes y al público en general que esté interesado en la Psicología.

Criterios de contenido:

Los trabajos que sean puestos a consideración para su publicación habrán de ser inéditos y originales y no haber sido publicadas con anterioridad o estar consideradas al mismo tiempo a dictamen para su publicación en otros medios, pudiendo ser resultado de investigación, ensayos científicos, estudios de caso, análisis teóricos y metodológicos.

Los autores deben conceder los derechos de autor a la revista para que las colaboraciones puedan reproducirse, comunicarse, transmitirse y distribuirse en cualquier forma o medio para fines culturales, científicos o de divulgación sin fines de lucro. Los autores deben firmar la cesión de la propiedad de los derechos de autor.

Criterios de formato:

Deberá entregarse un resumen de una extensión entre 100 y 150 palabras que describa el tema, objetivo, método, procedimiento, resultados y conclusiones, que incluya tres a cinco palabras clave, esto en español e inglés. El título del trabajo debe estar en español e inglés.

El documento deberá incluir, además, una introducción, material o métodos y resultados, así como conclusiones y referencias en formato APA, séptima edición.

El documento deberá presentarse en tipografía Times New Roman tamaño 12, interlineado 1.5, alineado a la izquierda.

La extensión mínima será de 12 cuartillas y máxima de 20, incluyendo tablas, figuras y referencias, tipografía, interlineado.

Los cuadros, gráficas y figuras diversas se incorporarán como anexos debidamente numerados y rotulados al reverso, El texto se indicará el lugar en el que debe colocarse.

El texto se entregará en archivo en formato editable en procesador de Word, por medio del correo electrónico.

El texto debe seguir los lineamientos del Manual de Estilo de publicaciones de la APA, en su séptima edición.

Deberán incluirse al final del trabajo el o los resúmenes curriculares del o los autores, incluyendo un correo electrónico por cada uno.

Criterios para la aceptación y dictaminación:

Sólo se aceptarán los trabajos que observen todos los criterios señalados.

Los trabajos serán sometidos a una revisión anónima por dos pares especialistas en los temas bajo la modalidad de doble ciego. Los dictaminadores no conocen los nombres de los autores de las colaboraciones ni éstos las de los dictaminadores.

El dictamen tiene como resultado tres opciones: aceptación, rechazo y aceptación con modificaciones.

En este caso, los autores de las colaboraciones deben atender las modificaciones en un tiempo determinado.

El Equipo editorial se reserva el derecho de hacer correcciones de estilo que considere con la finalidad de mejorar el trabajo.

Cada número de la revista se integrará con los trabajos que en el momento de cierre de edición cuenten con la aprobación del comité dictaminador.

El fallo del comité dictaminador es inapelable.

Cualquier controversia posterior al proceso de dictaminación será resuelta por el Equipo Editorial.

Entrega de los trabajos:

Los trabajos deberán ser dirigidos a la Editora General, a la dirección de la revista en su correo electrónico psicologosinfronterasmx@gmail.com

Enviar cualquier trabajo a la revista implica aceptar los criterios establecidos en este documento y autorizar al Equipo Editorial para publicarlo cuando lo considere conveniente.

La recepción de trabajos es permanente.

Los trabajos deberán acompañarse de una Carta de Originalidad y Postulación debidamente firmada.

Responsabilidad:

El contenido de los textos publicados por la revista es responsabilidad de los autores del texto, no constituyen la opinión oficial de la revista. La revista se reserva el derecho de publicación y de devolución de los artículos entregados.

