



# **APROXIMACIONES AL ESTUDIO DE LAS VARIABLES PATOLÓGICAS DE LA SALUD MENTAL**

## **COORDINADORES**

**Arturo Barraza Macías**

**Karla Yudit Castillo Villapudua**

**Manuel Ortega Muñoz**

ISBN: 978-607-8730-31-5



9 786078 1730315

## **AUTORES**

**Liliana García Gómez, Gabriela Aldana González, Arturo Barraza Macías, Manuel Ortega Muñoz, Rebeca Del Pino Peña, Alejandra Méndez Zúñiga, Jesús Tánori Quintana, José Ángel vera Noriega, Francisco Fernando Durazo Salas, José Edgar Correa Terán, Carlos Alberto De la Ilata Villaseñor, Elí Orlando Lozano González, Oscar Siqueiros Frayre, Ma. Antonia Miramontes Arteaga, Karla Yudit Castillo Villapudua, Anahí Citlalli Barraza Cárdenas, Gonzalo Arreola Medina, Oliverio Leonel Linares Olivas, Cosme Francisco Maldonado Rivera y Pamela Morán Nogueira.**

# **APROXIMACIONES AL ESTUDIO DE LAS VARIABLES PATOLÓGICAS DE LA SALUD MENTAL**

## **COORDINADORES**

Arturo Barraza Macías  
Karla Yudit Castillo Villapudua  
Manuel Ortega Muñoz

## **AUTORES**

Liliana García Gómez, Gabriela Aldana González, Arturo Barraza Macías, Manuel Ortega Muñoz, Rebeca Del Pino Peña, Alejandra Méndez Zúñiga, Jesús Tánori Quintana, José Ángel Vera Noriega, Francisco Fernando Durazo Salas, José Edgar Correa Terán, Carlos Alberto De la Ilata Villaseñor, Elí Orlando Lozano González, Oscar Siqueiros Frayre, Ma. Antonia Miramontes Arteaga, Karla Yudit Castillo Villapudua, Anahí Citlalli Barraza Cárdenas, Gonzalo Arreola Medina, Oliverio Leonel Linares Olivas, Cosme Francisco Maldonado Rivera y Pamela Morán Nogueira.

**Primera edición: mayo de 2021**  
**Editado en México**  
**ISBN: 978-607-8730-31-5**

*Editor:*  
*Universidad Pedagógica de Durango*

**Cada uno de los trabajos fue evaluado y revisado favorablemente para su publicación a través de un comité científico formado ex profeso (p. 227)**

*Corrección de estilo*  
*Gonzalo Arreola Medina*

**Este libro no puede imprimirse ni reproducirse total o parcialmente por ningún otro medio sin la autorización por escrito de los editores.**

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LOS ALUMNOS IDENTIFICADOS CON DISCAPACIDAD: USOS, ABUSOS Y CUESTIONAMIENTOS.</b> <i>Liliana García Gómez y Gabriela Aldana González</i>	<b>7</b>
<b>AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS DE PANDEMIA Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR MENTAL EN UNA MUESTRA ESTUDIANTIL</b> <i>Arturo Barraza Macías, Manuel Ortega Muñoz, Rebeca Del Pino Peña y Alejandra Méndez Zúñiga</i>	<b>40</b>
<b>CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES ESTUDIANTES Y SU RELACIÓN CON UN PROGRAMA PARA EVITAR LA CONDUCCIÓN PUNIBLE</b> <i>Jesús Tánori Quintana, José Ángel Vera Noriega y Francisco Fernando Durazo Salas</i>	<b>61</b>
<b>LA ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON LA ADQUISICIÓN DE APRENDIZAJES EN EDUCACIÓN SUPERIOR</b> <i>José Edgar Correa Terán</i>	<b>86</b>
<b>ESTRÉS ACADÉMICO EN LA VIDA COTIDIANA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA ODONTOLÓGICA.</b> <i>Carlos Alberto De la Ilata Villaseñor y Elí Orlando Lozano González</i>	<b>115</b>
<b>DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD ESCOLAR EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Y EL IMPACTO EN SU DESEMPEÑO ACADÉMICO</b> <i>Oscar Siqueiros Frayre, Ma. Antonia Miramontes Arteaga y Karla Yudit Castillo Villapudua</i>	<b>148</b>
<b>SÍNTOMAS DE INFOXICACIÓN (INTOXICACIÓN POR EXCESO DE INFORMACIÓN) EN ALUMNOS UNIVERSITARIOS. UN ESTUDIO EXPLORATORIO</b> <i>Anahí Citlalli Barraza Cárdenas y Gonzalo Arreola Medina</i>	<b>180</b>
<b>DISFORIA PSICOSOCIAL Y SUICIDA: ESTUDIO PILOTO DE LA ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO</b> <i>Oliverio Leonel Linares Olivas, Cosme Francisco Maldonado Rivera y Pamela Morán Nogueira</i>	<b>202</b>
<b>COMITÉ CIENTÍFICO</b>	

## INTRODUCCIÓN

Al día de hoy ya ubicamos los conceptos: pre pandemia y post pandemia, haciendo referencia al antes y después de esta situación; situando el 11 de marzo del año 2020 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia por SARS-CoV2 (OMS, 2020). Hasta el momento, abril del 2021, se han reportado más de más de 209 mil fallecimientos y más de 2.8 millones de casos por la Covid-19 en México, reportados por el Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas (CSSE) de la Universidad Johns Hopkins. Lo cual ha desencadenado diversos problemas en nuestras comunidades. Debido a ello nos vemos en la necesidad de seguir reflexionando sobre las variables patológicas de la salud mental. En este libro se integran estudios afines a nuestros tiempos con el propósito de reflexionar y poner en práctica estas aproximaciones. A continuación se sintetizan los contenidos de cada capítulo que lo conforman.

El primer capítulo, “El tratamiento farmacológico en los alumnos identificados con discapacidad: usos, abusos y cuestionamientos.”, de Liliana García y Gabriela Aldana, expone una investigación etnográfica realizada con estudiantes con discapacidad de la alcaldía de Iztapalapa, Ciudad de México. Su propósito fue describir algunas prácticas de medicalización que han originado que esta población escolar ingiera psicofármacos como una parte naturalizada de la intervención psicopedagógica. Algunas de sus conclusiones aborda la medicalización como un proceso en el cual las personas con discapacidad son más susceptibles debido a la persistencia del modelo médico en el abordaje de la discapacidad.

El segundo capítulo, “Afrontamiento al estrés de pandemia y su relación con el bienestar mental en una muestra estudiantil”, a cargo de Arturo Barraza, Manuel Ortega, Rebeca del Pino y Alejandra Méndez, tiene como objetivo determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento del estrés de pandemia y el bienestar mental en una muestra estudiantil

mexicana. En donde concluyen que los alumnos presentan un nivel medio de bienestar mental. Con respecto a la relación entre las estrategias de afrontamiento del estrés de pandemia y el bienestar mental los resultados indican una relación positiva débil que conduce a afirmar que entre mayor sea el uso de las estrategias para el afrontamiento del estrés, mayor será el bienestar mental.

En el capítulo tercero titulado “Consumo de alcohol en jóvenes estudiantes y su relación con un programa para evitar la conducción punible”, de Jesús Tánori, José Vera y Francisco Durazo, tuvo como objetivo evaluar las variables asociadas al consumo de alcohol dentro de un modelo de la teoría de acción planeada comparando grupos en términos de su conocimiento sobre el programa de conductor designado. Este estudio se realizó con una muestra de 838 jóvenes de preparatoria, donde el 54% son hombres y el resto (46%) son mujeres. Algunos de los resultados muestran que es probable que todos los jóvenes que ya han consumido alcohol vuelvan a hacerlo, sobre todo los jóvenes con más edad.

El capítulo a cargo de José Correa, “La ansiedad y su relación con la adquisición de aprendizajes en educación superior”, se enfoca en describir la relación entre la ansiedad y la adquisición de aprendizajes en estudiantes de la licenciatura en intervención educativa (LIE) de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) Unidad 144 de Ciudad Guzmán, Jal. Algunos de sus resultados son que los estudiantes padecen ansiedad, que afecta de manera negativa a diferentes aspectos de su desempeño académico tales como tareas intelectuales complejas, trabajo colaborativo, exposiciones orales, exámenes de conocimientos, participación activa en clases, entre otros.

El quinto capítulo, “Estrés académico en la vida cotidiana de la práctica clínica odontológica”, por Carlos de la Ilata y Elí Lozano, tuvo como objetivo describir el estrés académico que perciben los estudiantes de odontología en la vida cotidiana en sus prácticas clínicas. Esta investigación parte de un paradigma constructivista-fenomenológico, asumimos que la realidad es una construcción social que involucra aspectos subjetivos e intersubjetivos; el

estrés es producto de esa construcción social. Algunas de las conclusiones apuntan a que cada individuo percibe y afronta de manera distinta el estrés, debido a sus personalidades y experiencias subjetivas.

En cuanto al capítulo titulado “Diagnóstico de ansiedad escolar en estudiantes universitarios y el impacto en su desempeño académico”, que elaboraron Oscar Siqueiros, Ma. Antonia Miramontes y Karla Castillo, presenta un diagnóstico que muestra el estado de ansiedad que experimentan los estudiantes universitarios y el impacto que esta tiene en su desempeño académico, sustentado teórica y metodológicamente la relación entre estas variables como parte de los objetivos de la investigación. La muestra correspondió a 163 estudiantes (158 mujeres y 5 hombres de entre 19 y 46 años de edad) de etapa disciplinaria de la Licenciatura en Asesoría Psicopedagógica (LAP) de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales (FHyCS) de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC) en la ciudad de Tijuana, B.C., México. En cuanto a los resultados, se puede decir que la ansiedad presente es detonada por exámenes, exposiciones y trabajos finales, siendo provocada por una serie de diversas demandas que la educación a este nivel exige, y que de no ser tratada impacta negativamente en el desempeño y funcionalidad de quienes se ven afectados por la problemática.

El séptimo capítulo de Anahí Barraza y Gonzalo Arreola, “Síntomas de infoxicación (intoxicación por exceso de información) en alumnos universitarios. Un estudio exploratorio.”, trata de ahondar en identificar los síntomas de infoxicación que se presentan con mayor o menor frecuencia entre los alumnos universitarios y determinar la relación que existe entre los síntomas de infoxicación y las variables sociodemográficas sexo y edad. Donde alguno de los resultados que se pueden resaltar es que los 256 alumnos encuestados presentan un nivel moderado de síntomas de infoxicación.

El octavo último capítulo, “Disforia psicosocial y suicida: Estudio piloto de la escla de malestar psicológico”, por Oliverio Linares, Cosme Maldonado y Pamela Morán, tiene como

objetivo presentar los hallazgos preliminares de un estudio piloto sobre los constructos de disforia en dos modalidades: aquellos sentimientos de malestar psicológico relacionados a la interacción con los otros; y por otro lado aquellos sentimientos de malestar psicológico relacionados a ideación suicida. También, los autores, se propusieron analizar la influencia de la disforia en el autolesionismo y el nivel de letalidad suicida y se presentan los resultados preliminares de la escala de disforia. El aporte que destacan los autores es que la escala de disforia expuesta, radica en identificar situaciones cotidianas.

Finalmente, este libro es un esfuerzo colectivo de profesores, investigadores y estudiantes que coinciden en indagar los diversos factores y contextos, tanto en el ámbito psicológico como en el social, que afectan la salud mental de los individuos. Investigaciones, que, sin lugar a dudas, ayudarán a conocer mejor este fenómeno que lamentablemente se ha convertido en un síntoma común de los hombres y mujeres en la sociedad contemporánea. De esta manera, se pretende crear e implementar estrategias que ayuden a combatir este malestar y abonar en la medida de lo posible a propiciar ambientes más saludables que ayuden a mejorar la vida de las personas en contextos escolares.



# EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LOS ALUMNOS IDENTIFICADOS CON DISCAPACIDAD: USOS, ABUSOS Y CUESTIONAMIENTOS.

**Liliana García Gómez**

*Centro Universitario UAEM Ecatepec*

*Secretaría de Educación Pública*

[orcid.org/0000-0001-9773-2010](https://orcid.org/0000-0001-9773-2010)

**Gabriela Aldana González**

*Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.*

[orcid.org/0000-0002-2602-3353](https://orcid.org/0000-0002-2602-3353)

## **Resumen**

Se presenta una investigación etnográfica realizada con estudiantes con discapacidad de la alcaldía de Iztapalapa, Ciudad de México. El propósito fue describir algunas prácticas de medicalización que han originado que esta población escolar ingiera psicofármacos como una parte naturalizada de la intervención psicopedagógica. Se concluye que la medicalización es un proceso en el cual las personas con discapacidad son más susceptibles, debido a la persistencia del modelo médico en el abordaje de la discapacidad y su intrincada relación con la potente industria farmacológica.

**Palabras clave:** Discapacidad, inclusión, medicalización, modelo médico.

## **Introducción**

La frecuente identificación de discapacidades en la infancia es un tema que ha generado discusiones y controversias en diversas disciplinas. Uno de los debates gira en torno a la identificación de los supuestos portadores de signos de discapacidad pues resulta preocupante

que quienes son señalados como “discapacitados” pertenezcan prioritariamente a grupos señalados en condiciones de desigualdad y exclusión social.

Ejemplo de ello, es lo que ocurre en la Alcaldía Iztapalapa en la Ciudad de México, la cual según estadísticas oficiales tiene el mayor número de alumnos identificados con discapacidad inscritos en educación básica. De tal forma, que dentro de esta demarcación existen al menos seis escuelas de educación especial lo que la convierte en la demarcación que presuntamente presenta mayor requerimientos de educación especial. La mayoría de los estudiantes identificados con discapacidad toman al menos un psicofármaco para el manejo conductual, problemas de atención o para mejorar su condición neurológica.

Por ello, este trabajo busca comprender y describir algunas prácticas sociales e institucionales que promueven la medicalización, la cual es definida por Sánchez- Solé (2014) como los dispositivos biomédicos, desde los cuales se establecen patrones clasificatorios de los sujetos en torno a la idea de normalidad, al demarcar las líneas clasificatorias entre salud y enfermedad que pretende justificar, en este caso, el uso excesivo de psicofármacos en niños y niñas que no se adecúan al deber ser conductual establecido socialmente.

Sobre todo porque justo es la población escolar identificada con discapacidad, la más susceptibles a la prescripción de psicofármacos bajo la lógica de la supuesta organicidad de su condición. Siguiendo la línea de investigación sobre medicalización y patologización de la infancia encabezada por López- Castilla (2015), Untoiglich (2016), Janín (2017) y Dueñas (2018) este trabajo pretende abonar a la discusión en torno a las implicaciones que tienen el uso de psicofármacos en los procesos de inclusión educativa y su naturalización en cuanto a la intervención escolar y áulica ante la discapacidad.

### **¿Estudiantes con Discapacidad de Iztapalapa: Alumnos Medicados?**

Esta interrogante es uno de los hilos conductores de esta investigación, pues con cierta regularidad se concibe que los estudiantes de Iztapalapa sean proclives a ser identificados con discapacidad, muchas veces este fenómeno está asociado a condiciones de desigualdad social.

La intención de esta trabajo no es responder la interrogante de forma tajante sino comprender los procesos sociales que intervienen en la percepción de que en Iztapalapa la presencia de la “discapacidad” es más frecuente que en otros escenarios.

En este sentido, el interés por comprender la tendencia de señalar como deficientes o problemáticos a niños y niñas de poblaciones marginales ha sido abordado por Investigadores por Sinisi (2008), Cerletti (2015) y Neufeld (2019), quienes han construido diversas líneas de investigación centrada en la infancia en contextos de pobreza. Una de las líneas que han abordado de forma profunda es la relación entre escuela y familia. Se identifica la tendencia por parte de algunos de los miembros de la escuela (docentes, directivos, personal de apoyo, etc.) a señalar como culpables de las problemáticas de aprendizaje y/o comportamiento a las familias de los estudiantes, sobre aludiendo aspectos como la condición orgánica, económica y/o el origen étnico. Sus premisa investigativa se puede sintetizar en la siguiente frase de Skliar (2017, p. 67): “Todo aquello que se aleja de la familia nuclear occidental tiende a considerarse anormal”

La producción académica se ha centrado en conocer el tipo de continuidades y rupturas entre la escuela y los conjuntos sociales, en cuanto a la construcción de sentidos y prácticas referidos a la diversidad cultural (Juárez, 2006). Por lo tanto, una de las problemáticas que se abordan en este trabajo es la comprensión de los elementos subyacentes que ocasionan que algunos estudiantes de Iztapalapa sean sobre representados como portadores de discapacidad. Pues estadísticamente se señala a esta delegación como productora de estudiantes con requerimientos especiales, afirmación sostenida en datos epidemiológicos.

Se parte del reconocimiento de que estudiantes, familias y personas de la comunidad se mueven y expresan como entidades con agencia; lo que les permite desplegar una serie de acciones que confrontan las miradas hegemónicas sobre “normalidad”. El cuestionamiento se interesa en analizar de forma amplia y profunda algunas prácticas socioculturales que estudiantes identificados con discapacidad intelectual y sus familias realizan cotidianamente

para negociar y enfrentar la asignación de rótulos de discapacidad o deficiencia y sus consecuentes tratamientos farmacológicos

Nuestro posicionamiento involucra trascender la mirada puesta solo en la exclusión y desigualdad de las que son objetos los niños con “discapacidad” y sus familias y describir desde la cotidianidad, las interacciones y aportaciones que los niños identificados con discapacidad, sus familias y comunidades realizan para lidiar con el fenómeno de la designación masiva de diagnósticos de discapacidad y procesos de medicalización de la infancia.

Ante este panorama y sus múltiples posibilidades investigativas, es necesario situar algunas temáticas que llevarán a comprender su historicidad y la relación que guardan con fenómenos sociales y culturales. De inicio, se caracteriza a la Alcaldía de Iztapalapa, la más compleja de la Ciudad de México.

### **Iztapalapa, Ciudad de México**

Iztapalapa se encuentra al oriente de la Ciudad de México y es una de las 16 alcaldías que conforman el Distrito Federal. Cuenta con una superficie aproximada de 117 kilómetros cuadrados lo que representa casi el 8% del territorio de la Capital de la República. En el censo poblacional realizado en el 2016 por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2010) se estableció que había 1 820 888 habitantes, siendo la Alcaldía más poblada del Distrito Federal. Colinda al Norte con la Alcaldía Iztacalco y el Municipio de Netzahualcóyotl (Estado de México); al Este con los Municipios de los Reyes la Paz e Ixtapaluca (Estado de México), al Sur con las Alcaldías Tláhuac y Xochimilco, al Oeste con las Alcaldías Coyoacán y Benito Juárez.

Otro aspecto que caracteriza a Iztapalapa es que ocupa el primer lugar a nivel nacional de alumnos con “discapacidad”. Estos datos sirven para ilustrar la conformación de los servicios de educación que se han generado en esta delegación y el impacto que en la vida escolar, familiar y comunitaria tiene la supuesta presencia de la discapacidad en un número importante de alumnos en educación básica.

No obstante, hablar de discapacidad en general es una misión a la que no se tiene acceso. Los análisis presentados en este artículo se centrarán particularmente en la discapacidad intelectual, pues dicha condición por carecer de “síntomas” físicos o sensoriales es más susceptible a permitir interpretaciones diversas. Así mismo la política vigente en México en torno a la educación especial señala que está destinada principalmente a aquellos estudiantes que presenten dificultades significativas para el acceso a los contenidos curriculares de su grado escolar asociándose con limitaciones cognitivas e intelectuales. Los estudiantes identificados con grado moderado o severo de discapacidad intelectual son prioritariamente ubicados en escuelas especiales denominadas Centros de Atención Múltiple.

### **Centros de Atención Múltiple (CAM)**

Los Lineamientos Generales para la organización y funcionamiento de los servicios de educación Básica, Inicial, Especial y para adultos en el Distrito Federal (SEP- AFSEDF, 2010, p. 13) establece que el CAM es un servicio escolarizado que ofrece Educación Inicial, Básica (Preescolar, Primaria y Secundaria) y Formación para la vida y el Trabajo de calidad a niños, niñas y jóvenes con discapacidad, discapacidad múltiple y trastornos graves del desarrollo, condiciones que dificultan su ingreso en escuelas regulares. Así mismo, ofrece capacitación para el trabajo a los alumnos de 15 a 22 años que presenten discapacidad.

La población base de los CAM son estudiantes que han sido diagnosticados con algún grado de discapacidad intelectual y que puede o no estar acompañada de alguna condición sensorial o motora. Se parte de la lógica que los estudiantes que estén ubicados en CAM deben tener mostrar “dificultades severas” para incorporarse en un aula regular. Según estadísticas internas de los planteles más del 70% de la población escolar ingiere algún psicofármaco.

### **Método. De Cómo Presentar un Proceso de Construcción Etnográfica.**

Este trabajo es de tipo cualitativo, enmarcado en un diseño etnográfica, cercano a los estudios de etnografía latinoamericana liderados por Elsie Rockwell, Justa Ezpeleta, Ruth Paradise, María Bertely y María Rosa Neufeld entre otros.

Es importante recordar que el propósito de las investigaciones etnográficas es describir y analizar la vida de las personas de un determinado sitio o contexto, también busca conocer el significado que dan a sus vidas cotidianamente o bajo circunstancias especiales. En este caso, se develan prácticas de medicalización en estudiantes con discapacidad narrados desde la cotidianeidad institucional y familiar.

En este trabajo la palabra “discapacidad” se plantea como una construcción sociocultural. En algunos casos el comillado implica cuestionar la concepción biologicista y psicométrica de la discapacidad y busca entablar un análisis sobre la dimensión sociocultural de este fenómeno. Se comparte la visión de Kipen (2008, p. 129) quien señala

Es importante pensar a la discapacidad como una producción social, inscripta en los modos de producción y reproducción de una sociedad. Ello supone la ruptura con la idea de déficit, su pretendida causalidad biológica y consiguiente carácter natural, a la vez que posibilita entender que su significado es fruto de una disputa o de un consenso, que se trata de una invención, de una ficción y no de algo dado. Hablamos de un déficit construido (inventado) para catalogar, enmarcar, mensurar cuánto y cómo se aleja el otro del mandato de un cuerpo “normal”, del cuerpo Uno (único)...

Es, también, una categoría dentro de un sistema de clasificación y producción de sujetos. El parámetro de una normalidad única para dicha clasificación es inventado en el marco de relaciones de asimetría y desigualdad, cristalizadas en una ideología de la normalidad. Esas relaciones asimétricas producen tanto exclusión como inclusión excluyente.

Es decir, se parte de la premisa que la discapacidad es una producción sociocultural en clara disputa con los abordajes que la presentan como un evento natural, trágico y desgraciado. Se pretende estar en sintonía con las propuestas afines al llamado modelo social de la discapacidad (Barton, 1998) e incorporar un análisis de las diversas dimensiones que confluyen en la temática sobre discapacidad y familia.

Es este sentido, metodológicamente se sigue un enfoque etnográfica que aunque no está incido de la teoría, no se encuentra comprometida a priori con ella. Las observaciones etnográficas se realizaron en diversos espacios, entre ellos: Centros de Atención Múltiple, mercados, tianguis, fiestas patronales, carnavales, colectivos y demás espacios ubicados en Iztapalapa.

Con respecto a las observaciones realizadas, éstas se encuentran registradas en diarios de campo, transcripciones electrónicas, video grabadas y en algunos casos se conserva la audio grabación.

## **Técnicas**

### **Observación participante**

La idea central de la participación es la penetración de las experiencias de los otros en un grupo o institución. En esta investigación se realizó observación participante en el periodo del 2018 a febrero del 2020.

### **La entrevista**

En esta trabajo se adaptó el estilo de la entrevista abierta, que se intentó fueran percibidas como conversaciones espontáneas, donde hubiera una discusión flexible, bidireccional e informal

## **Instrumentos**

### **Diario de campo**

El diario de campo tuvo como principal propósito la sistematización y registro de los aspectos más sobresalientes de la cotidianidad escolar de un centro universitario.

Escenarios: Centros de Atención Múltiple (escuelas de educación especial) ubicadas en Iztapalapa.

## **Sobre el Camino Etnográfico Recorrido**

El trabajo de campo de forma sistemática inicio en mayo del año 2018 y ha continuado hasta la fecha. Se han hecho registros de entrevistas y observaciones realizadas en los escenarios escolares y comunitarios.

**Tabla 1**

### *El Camino Etnográfico*

<b>Técnica de recolección de datos</b>	<b>Tipo de evidencia</b>	<b>Cantidad</b>
Observación participante en los escenarios de investigación (CAM, domicilios, instituciones de salud mental. Entrevistas	Registros en diarios de campo.  Registros en diarios de campo. Videograbaciones Sólo audio	Observaciones (número de registros): CAM: 36 Instituciones de salud mental: 14  Entrevistas registradas por escrito: 14 Videograbadas:5 Audio: 8
Recolección de datos en archivos escolares	Transcripciones de información contenidas en carpetas escolares, relatorías de reuniones de consejo técnico y entrevistas a padres.	Carpetas escolares revisadas: 4. En estas carpetas se obtuvieron datos sobre la trayectoria escolar de los participantes, diagnósticos clínicos, observaciones del desempeño escolar, entrevistas con padres de familia. Relatorías: 30 Que incluyen las discusiones en consejo técnico de docentes donde se revisan temas y situaciones del CAM.

### **Objetivo**

Describir las implicaciones de los tratamientos farmacológicos en los estudiantes con discapacidad de Centros de Atención Múltiple de la Alcandía de Iztapalapa y su relación con los procesos de inclusión educativa y de medicalización de la infancia.

### **Participantes**

En esta investigación participaron alumnos de educación especial ubicados en Centros de Atención Múltiple de Iztapalapa, docentes y padres de familia. Así como otros integrantes de



la vida comunitaria. Se realizó un seguimiento de varios estudiantes de CAM que de forma circunstancial estuvieron durante el trabajo de campo. De forma particular se hizo el seguimiento de 4 niños (3 varones y una niña) ubicándolos en diferentes escenarios. La selección de estos niños tuvo se argumenta bajo los siguientes criterios de inclusión:

- Las familias y los propios niños aceptaron participar de forma voluntaria en esta investigación (mediante un consentimiento parental).
- Los cuatro niños son estudiantes de Centros de Atención Múltiple ubicados en Iztapalapa.
- Los cuatro niños presentan un diagnóstico que los identifican con algún tipo de “discapacidad”, principalmente la Discapacidad Intelectual o Retraso Mental.
- Se excluyeron participantes en función de los siguientes criterios:
- Aquellos estudiantes que externaron de forma explícita no tener interés de participar en la investigación.
- Los estudiantes cuyos padres y/o tutores que no entregaron en tiempo y forma el consentimiento parental
- Los estudiantes con discapacidad múltiple y daño neurológico que implica el uso de tratamiento farmacológico para diversos padecimientos biológicos (epilepsia, hidrocefalia, trastornos metabólicos) condiciones orgánicas que requieren tratamiento neurológico y/o farmacológico.

### **Descripción de los Participantes**

Para efectos de cuidar los aspectos éticos de esta investigación se procedió a cambiar el nombre de los participantes, privilegiando la confidencialidad y garantizando no causar ningún tipo de daño a los niños y niñas.

1) Héctor: Es un niño de 11 años, que está cursando la primaria en un CAM básico. El Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro emitió un diagnóstico de Trastorno de Déficit en la Atención y Discapacidad intelectual leve- moderado. Tiene prescritos 3 psicofármacos.

2) Ángel: Es un menor de 10 años, cursa primaria en un Centro de Atención Múltiple. Tiene un diagnóstico de Discapacidad Intelectual moderado-bajo y Trastornos de comunicación. Dicha condición fue reportada por el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). El tratamiento farmacológico implica la ingesta de 2 tipos de fármacos al día.

3) Yoselin: Niña de 12 años, cursa primaria en un CAM, presenta un diagnóstico de Trastorno mixto de aprendizaje y Trastorno de Déficit de Atención y probable discapacidad intelectual. Actualmente ingiere 2 tipos de psicofármacos al día.

4) Miguel: Tiene 13 años y cursa el sexto grado en un CAM, un Centro Comunitario de Salud Mental (CeCOSaM) emitió el diagnóstico de Trastorno del espectro Autista nivel 1 (leve) y Trastorno mixto del aprendizaje/ discapacidad intelectual leve. Ingiere un psicofármaco al día.

### **Aspectos Éticos**

Esta investigación parte de la concepción de niñez con capacidad de agencia, se hace hincapié en el reconocimiento de su competencia y su capacidad para actuar por sí mismos, de su autonomía y competencias, poniendo de relieve sus derechos de participación. Se tomó como referencia el Proyecto Investigación Ética con Niños (ERIC) impulsado por Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia garantizándose el cumplimiento de la Carta Internacional para la investigación ética de la niñez (Graham, Powell, Taylor, Anderson y Fitzgerald, 2013).

### **Escenarios de Investigación y los Participantes en Acción**

Se realizaron observaciones y entrevistas de los niños participantes y sus familias en los siguientes espacios escolares y comunitarios:

- Centros de Atención Múltiple (CAM).
- Instituciones que brindan consulta de psiquiatría a niños y niñas.

A continuación se describen estos escenarios en consonancia con la participación en ellos de los niños integrantes de esta investigación con la intención de contextualizar las experiencias, prácticas y saberes que este grupo de niños y sus familias construyen.

### **Los Domicilios de los Niños y sus Familias**

Se visitaron los domicilios particulares de los participantes, ubicados en Santa Cruz Meyehualco. Las observaciones incluyeron calles, transporte público e interacción con vecinos y familia extensa.

### **El Espacio Escolar: Centros de Atención Múltiple (CAM)**

Se realizaron entrevistas y observaciones en 4 Centros de Atención Múltiple ubicados en Iztapalapa. Como ya se mencionó, los CAM brindan atención escolarizada a niños y jóvenes identificados con discapacidad, particularmente atiende a estudiantes con diagnósticos de discapacidad intelectual, y discapacidad múltiple debido a que por sus características se dificulta su ingreso a escuelas regulares (SEP, 2010).

## **Aspectos Teóricos**

### **Medicalización de la infancia identificada con discapacidad**

El uso de fármacos ha rebasado las fronteras de centros de atención médica y ha logrado instalarse en varios ámbitos de la vida cotidiana. Tal fenómeno ha sido abordado desde hace varias décadas por diferentes autores desde la medicina, la antropología y la sociología. El interés se centra en la intervención desmedida del área médica, en sus distintas versiones que va desde la construcción de nuevas enfermedades hasta alcanzar los procesos comunes de la vida, fenómeno conocido como medicalización de la vida cotidiana.

El abuso en la prescripciones médicas es un proceso llamado medicalización de la vida y hace referencia al proceso progresivo mediante el cual el saber y la práctica médica incorpora, absorbe y coloniza esferas, áreas y problemas de la vida social y colectiva. La medicalización es un fenómeno que conlleva la intervención desmedida de diagnósticos médicos y su subsecuente tratamiento farmacológico en sus distintas versiones.

La denominación “patología - enfermedad” en el campo de lo mental, es definida tanto desde lo social, entendido como campo de construcción del problema, como por los criterios establecidos por la comunidad de especialistas en el área de la salud mental. Sin embargo, en el momento actual estos conceptos se redimensionan a partir de la introducción de las directrices impuestas por las grandes industrias farmacológicas, observándose a través de algunos trabajos de investigación (Iriart e Iglesias, 20012, Lakoff, 2004), una propensión a consolidar a este sector como actor privilegiado en las decisiones sanitarias (individuales y colectivas). Así se predispone una orientación en la cual la intervención es entendida como la acción terapéutica que reduce la operatoria al síntoma, el que se aborda casi exclusivamente a través de la utilización de fármacos.

Este incremento y despliegue, así como sus implicancias y consecuencias transforman la medicalización en un fenómeno cultural moldeado por determinantes histórico-sociales, políticos y económicos. El abuso de fármacos es un instrumento de intereses comerciales y de mercado, siendo mayormente conducido por la industria farmacéutica y biotecnológica, los medios masivos de comunicación en interacción con el colectivo social y los consumidores.

Los avances científicos y tecnológicos de la medicina, al tiempo que han redituado beneficios, se han constituido en saberes hegemónicos que consolidados como modelos de atención de la salud, concentran y dirigen la totalidad de las respuestas sanitarias. Al respecto Natella (2008) externa:

La medicina actual, enclavada en una economía del mercado, se hace parte de una industria de la salud y la enfermedad basada en el lucro y no en el derecho a la salud que coadyuva en la producción de ideales del cuerpo y del comportamiento asociados a la belleza, al éxito, la eficiencia y la autosuficiencia (p. 12).

Este incremento en el uso de fármacos se ha instalado principalmente en la población infantil quienes ante las exigencias relacionadas con su desempeño social y escolar son objeto de atención por parte de psiquiatras y neurólogos, los cuales emplean una serie de tratamientos

farmacológicos para corregir o mitigar la sintomatología que impide la inserción social, escolar y familiar de un gran número de niños y niñas identificadas con trastornos o enfermedades mentales.

Pundik (2012) señala que la escolaridad actual, apoyada y secundada por padres y docentes, constituye el rito iniciación a las servidumbres voluntarias. A los niños y adolescentes que se rebelan se los somete a medicación y tratamientos cognitivos conductuales. Este tipo de escolaridad, la psiquiatría y el DSM-V están al servicio de la industria farmacéutica. Así mismo, menciona algunos de los trastornos psicológicos de la infancia como la hiperactividad o la depresión en la niñez no son entidades reales sino que responden a tendencias económicas guiadas por la industria farmacéutica, pues se han generado más de 10 fármacos para su intervención clínica.

La prescripción de fármacos en la infancia es un tema controversial; no obstante, el cuestionamiento se diluye ante la supuesta presencia de una discapacidad naturalizándose la relación entre esta condición y la necesidad de prescribir tratamiento farmacológico. Por lo tanto, es necesario indagar y comprender cómo el uso de fármacos se ha instalado como una estrategia común en la atención psicopedagógica de estudiantes de educación especial bajo la expectativa de lograr su integración a espacios escolares.

## **Resultados**

A partir del análisis de los resultados obtenidos en el trabajo de campo se estructuraron las siguientes categorías:

1.1. Cuerpos dóciles: Una de las grandes promesas que dio impuso al uso de fármacos como un dispositivo válido en el ámbito escolar fue su aparente beneficio en la regulación y de aquellos estudiantes considerados como “inadaptados” o “problemáticos”.

La expectativa de mantener a los estudiantes adaptados a las normas de la escuela sigue siendo uno de los propósitos de las escuelas regulares y de los centros de educación especial. En algunos casos se considera como propósito educativo lograr la inserción social

como requisito para el aprendizaje de los contenidos curriculares, ante lo cual existen antecedentes sobre la manera en qué algunos fármacos se constituyeron como los dispositivos primigenios para la asegurar la presencia de estudiantes “inadaptados” en la escuela.

Una directora de CAM que permaneció por más de 20 años en esa función, refiere algunos acontecimientos relacionados con esta práctica durante su gestión:

*Yo fui directora por más de 20 años, me tocó estar en varios cambios de los modelos de trabajo. Antes teníamos principalmente alumnos “límitrofes” o sea con problemas de aprendizaje o conducta que la escuela primaria desechaba. Casi no había alumnos con discapacidades severas como parálisis cerebral o autismo. Esos alumnos límitrofes estaban controlados con algún medicamento principalmente tegretol o diacepam. En esa época cada escuela atendía una atipicidad particular. Yo siempre trabajé en el área de deficiencia mental. A partir de 1993, nos convertimos en CAM y nos llegaban todo tipo de estudiantes. Casos cada vez más graves. Les dábamos un periodo de adaptación y generalmente los mandamos con el paido psiquiátra y ellos se encargaban de controlar la conducta de los chicos. Una vez que ya estaban listos podíamos iniciar con su aprendizaje....*

Con esta aportación se muestra que la presencia de los fármacos como mecanismo de intervención para favorecer la inserción de los estudiantes a la escuela ha sido promovida bajo la lógica de los beneficios que tiene para asegurar la permanencia en las aulas. Desde la perspectiva de algunos docentes y directivos, los fármacos constituyen un recurso que históricamente ha sido validado por la escuela, por lo cual no siempre se genera un análisis crítico sobre su pertinencia:

*Pues desde hace 15 años que yo trabajo en este CAM, la mayoría de los niños son enviados para su valoración neurológica y a veces psiquiátrica. Casi todos toman algún medicamento y generalmente funciona, eso fue de las primeras cosas que aprendí cuando llegue al CAM (Docente frente a grupo de CAM).*

*Cuando los niños son escolarizados por primera vez, llegan inquietos y hasta irritables, algunos lloran y hasta llegan a pegar. Por eso después de observarlos por lo menos dos semanas, los enviamos a valorar por un especialista. Les dan medicamento para tranquilizarlos y que poco a poco se adapten a la escuela y al trabajo (Psicólogo de CAM).*

Aunque desde el arribo del modelo de integración educativa se ha intentado favorecer formas de intervención que en la población con discapacidad y/o necesidades educativas prioricen el reconocimiento de la persona y sus potencialidades, el tratamiento farmacológico – efecto residual del modelo clínico- se sigue permeando cuando se observan prácticas y discursos que mezclan modelos de atención. En algunas entrevistas se identificó que algunos docentes consideran que la prescripción de fármacos es una acción favorable para la integración educativa de la población escolar ubicada en servicios de educación especial:

*Llegan muy alterados los niños, sin hábitos de estudio y a veces con una mala educación desde la casa. Hacen berrinches, gritan y patalean. Para estos chiquitos lo primero es que hay que tranquilizarlos con algún medicamento. Una vez que están más calmados se integran más fácilmente al grupo” (Profesora de nivel preescolar de CAM).*

Como ya se ha mencionado, el modelo de integración educativa surge a partir de una serie de críticas hechas a los modelos de atención dominados por las disciplinas psi, cuestionándose su carácter individualista y alejado de la realidad socio cultural en la que está inmersa la educación regular y en particular la educación especial. Booth y Aisconw (2012) refieren que el impulso que se le dio a la integración educativa estuvo relacionado a las condiciones de discriminación, la segregación y la “etiquetación” que implicaba atender a las niñas y los niños con discapacidad en dichos servicios, separados del resto de la población infantil y de la educación básica general. Bajo esta lógica, los argumentos sobre la reorientación de los servicios aludían principalmente al tema de la exclusión pero prácticamente no entró al debate las prácticas sobre el uso de fármacos como un dispositivo extendido y aceptado en la

atención psicopedagógica en estudiantes ubicados en servicios diferenciados. En torno a este punto y su naturalización en la práctica pedagógica, se presenta la entrevista realizada a una supervisora de educación especial quien desde su punto de vista narra su percepción sobre del uso de fármacos:

*Empecé como maestra de Grupos integrados, o sea ya llevé más de 20 años trabajando en educación especial. He visto pasar modelos de atención. Ofrecen cambios y transformaciones. Ninguno ha funcionado, lo que mi experiencia me dicta, es que un niño con problemas que es atendido por especialistas y logran darle el tratamiento farmacológico que requiere es un niño que está en condiciones de integrarse no sólo a la escuela sino hasta en su vida familiar, porque lo tranquilizan y se deja manejar mejor....*

Sobre la posibilidad de obrar sobre la conducta de los niños y transformarlos en sujetos adaptables a las exigencias no sólo de la escuela, sino de la familia y la comunidad, algunos padres y madres de estudiantes identificados con diversas discapacidades subrayan:

*Mi hijo toma medicamento desde los 3 años, al principio era porque tenía crisis de llanto y luego se lo dieron para su irritabilidad. Las últimas pastillas que le recetaron fueron para que estuviera tranquilo porque luego se alteraba y gritaba. Cuando no se la toma (el fármaco) se pone mal, yo prefiero que este calmado porque sólo así puedo hacer mis cosas... (Señora Ana, mamá de alumno diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista).*

*A Miguel le dieron medicamento hasta los 10 años, se lo dejé de dar porque estaban muy caros. La verdad es que si le servían, estaba más tranquilo, solo así lo podía controlar. Por eso ahora ya no me obedece, le hace falta su pastilla... (Señora Pilar, mamá de Miguel).*



*Cuando no toma su pastilla se pone muy alterado, prefiero darle el medicamento aunque parezca que tiene sueño, prefiero eso a que esté como loco... (Señor Gilberto, papá de alumno con diagnóstico de discapacidad intelectual).*

Los comentarios dan cuenta que la relevancia del medicamento es valorado en función de la supuesta “tranquilidad” y “control” sobre las reacciones y/o conductas consideradas inapropiadas. Se arguye principalmente la capacidad de los adultos para actuar sobre los niños en cuanto a que éstos son más proclives a aceptar sus exigencias y rutinas.

De forma intuitiva algunos docentes y padres validan el tratamiento farmacológico pues al ser prescrito por un especialista se le atribuye una legitimidad relacionada con su investidura académica:

*Pues aunque Héctor venga a dormirse a clase, se le debe dar el medicamento porque fue recetado por el neurólogo. Quizá aún no le hace el efecto adecuado. Es importante seguir las instrucciones del especialista” (Trabajadora social de CAM).*

*Pues confío en el paido (paido psiquiatra) para eso estudió. Es doctor y yo creo que sabe lo que hace. Si me dice: “dale cualquier medicamento se lo doy a Ángel con los ojos cerrados”. Hasta ahora ha funcionado porque mi niño está más quieto y da menos lata. (Señora Andrea, madre de un niño diagnosticado con Trastorno de Asperger)*

La legitimación de los tratamientos farmacológicos por algunos docentes y familiares parecen ser validados en la medida en que un profesional de la salud es quien los prescribe. Se observa una credibilidad en los procesos de evaluación y tratamiento del personal de psiquiatría y neurología, mismos que en otros escenarios académicos han sido cuestionados y criticados bajo los argumentos dirigidos principalmente a la forma de operar de las grandes industrias farmacéuticas. Pundik (2012, p. 98) señala algunas de estas críticas

- La industria farmacéutica tiene entre un 16 y un 18% de beneficios netos, más que el sector bancario (15%) o empresas como Coca-Cola y McDonald's, entre un 3 y un 4%. Los sectores más críticos han acuñado el término anglosajón *disease mongering*

(sembrar enfermedades) para denunciar la invención o exageración de síntomas que supuestamente practican algunas empresas con el fin de aumentar su clientela potencial.

- En el 2006, la revista *Psychotherapy and Psychosomatics* denunció que más de la mitad de los 170 miembros del panel responsable del DSM tenían lazos financieros con la industria. Tres años antes, las farmacéuticas pagaron 7,5 millones de dólares a la Asociación Psiquiátrica Americana en publicidad para su revista.
- En el 2013 se publicó la quinta edición del Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales, el conocido DSM V que los psiquiatras usan como referencia para diagnosticar enfermedades mentales. En cada revisión aparecen decenas de trastornos nuevos y la infancia es una población que recibe más diagnósticos nuevos.

Con los datos expuestos se hace evidente que más allá de los postulados de la integración e inclusión, en los servicios de educación especial se siguen manteniendo prácticas de canalización de los estudiantes a servicios neurológicos y psiquiátricos con la principal demanda de lograr un ajuste conductual de los niños, la cual es defendida bajo el argumento de que es una condición deseable para que los estudiantes con alguna discapacidad o necesidades especiales puedan incorporarse de forma pertinente a la cultura escolar que impera en los Centros de Atención Múltiple.

1.2. Qué dicen los niños sobre los fármacos: En este apartado se presentan una serie de datos que dan cuenta sobre los significados que los estudiantes con discapacidad atribuyen al uso de fármacos en su vida cotidiana dentro de su ámbito familiar y escolar:

*Yo tomé tres pastillas, a veces estoy todo el día dormido. Pero si no las tomo me dan crisis y tengo que ir al doctor (Héctor).*

*Me porto mal, porque a mi mamá se le olvida darme la pastilla (Noé, identificado con diagnóstico de TDAH).*

En estos casos se hace notoria la introyección que los estudiantes hacen sobre las causas de su ingesta de fármacos, por un lado en el caso de Héctor se comprende que el medicamento es un factor que disminuye la presencia de sus crisis de epilepsia así como la subsecuente hospitalización. Por otro lado, Noé deposita en el fármaco la responsabilidad para regular su comportamiento, dejando de lado toda capacidad de autocontrol e independencia. En ambos casos, los niños identifican el tratamiento farmacológico como un elemento significativo en su vida. Mostrando que asumen la versión de la escuela, convirtiéndose en “cuerpos dóciles” que la escuela requiere para operar la llamada integración educativa.

Continuando con las formas en que los estudiantes se apropian del uso del fármaco en su vida cotidiana se presenta un extracto de una observación realizada en grupos de CAM sobre la ritualización a las que se ajustaban para la ingesta de sus medicamentos:

*Son las 15:20 hrs, en el grupo de cuarto grado todos trabajan. De repente un alumno de nombre Jorge le pregunta la hora a la maestra de grupo. Ella le responde: “son más de las 3, vayan con el doctor a tomarse sus medicamentos”. Jorge y dos compañeros se levantan y sin mediar palabra toman de la mano a Héctor que está sentado y que en apariencia no se percató de la instrucción de la maestra. Salen los tres y Jorge le dice a Héctor: “vamos con el doctor para que tomes tu chocho.*

Esta observación da cuenta que algunos estudiantes reconocían dentro de la jornada escolar que existía un momento específico para la toma del medicamento. Situación que se percibe como instituida y fijada a un horario específico.

La toma del medicamento fue otra oportunidad para adentrarse a la dinámica donde el médico escolar era el responsable de administrar el medicamento ya sea en tabletas o en suspensión. Sobre este momento en particular se registraron diversas observaciones:

*A partir de las 15 hrs, los estudiantes del turno matutino que tenían prescritos algún tratamiento farmacológico, se desplazaban al edificio donde estaba el consultorio del médico escolar. Se ubicaba en el primer piso, por lo que había que subir por la escalera.*

*Fuera del consultorio hay al menos 10 estudiantes esperando su turno para ingresar con el médico. En el patio y otros edificios se observan que van grupos de 2 a 4 estudiantes a recibir su fármaco. Algunos estudiantes reciben apoyo de sus compañeros para desplazarse o para no “desviarse” hacia otros lugares. La mayoría sabe que deben esperar afuera del consultorio, por lo que optan por formarse en fila. Al entrar y sin mediar palabra con el médico, la mayoría de los estudiantes se limitan a abrir la boca y cerrar los ojos. Los que toman tabletas reciben un cono con agua. Los que ingieren alguna suspensión comparten la misma cuchara sin que ésta haya sido lavada después de su uso. Mientras esperan afuera los alumnos platican y juegan, al entrar al consultorio guardan silencio, toman su medicamento y salen. Recuperan el juego y la plática al dirigirse a su salón (mayo, 2011).*

*El doctor escolar mide aproximadamente 1.78 mts. Es delgado y su tono de voz intimida pues parece alterado y molesto. Tiene en cada caja y frasco anotado el nombre del alumno y la dosis que le debe administrar. Es su principal y única tarea en el CAM. Al entrar un alumno a su consultorio, no se refiere al niño por su nombre, sólo le indica que abra la boca. En una ocasión un alumno llamado Francisco se negaba a tomarse el medicamento, entonces el doctor le dice “mira chamaco no tengo tiempo de esperarte, si no te la tomas te vamos a acusar con tu mamá para que te pegue. Francisco guarda silencio y accede a tomarse la tableta. La escena fue observada por sus compañeros quienes al entrar al consultorio, adoptan una posición y actitud similar a la de Francisco (junio, 2019).*

Al salir del consultorio se les preguntó a algunos estudiantes para qué iban al consultorio y destacan las siguientes respuestas:

*No sé, me manda la maestra (Yoseline).*

*Vengo por mi pastilla, la que me manda mi mamá. Una que sabe feo (Itzel, alumna de tercer grado).*

*Si no vengo, la maestra se enoja conmigo (Zaira, cuarto grado).*

Las respuestas coinciden en que aluden que toman medicamentos por ser una disposición de algún adulto, pero no expresan el porqué de su ingesta. En otros casos registrados, los estudiantes refieren que el medicamento es un recurso para permanecer en la escuela y para manejar sus respuestas conductuales:

*Yo tomo mis pastillas para aprender y no pegar (Ángel)*

*Si no tomo mis medicamentos grito y no pongo atención (Héctor).*

*La suspensión me sirve para estar calmado y hacer mi tarea (Miguel).*

Cabe mencionar que las entrevistas de donde se obtuvieron dicha información se realizó en los espacios escolares de los CAM. Por lo cual resulta revelador dar cuenta de cómo contrastan las respuestas y actitudes que se tienen ante el fármaco cuando se le cuestiona a los niños en sus domicilios y espacios comunitarios:

*Cuando estoy acá (en su domicilio) ni me tomo el chocho. Aquí no me regañan (Héctor).*

*Mi mamá me pega y así no tomo nada (refiriéndose al medicamento) (Yoselín).*

*Me da asco lo que me dan y me echo a correr para no tomármelo Llegó a la casa hasta la tarde cuando ya se le olvidó a mi mamá (Miguel)*

Pareciera que los estudiantes ajustan su percepción del medicamento en función del escenario donde se sitúa la pregunta. En la escuela se apegan al deber ser en cuanto el consumo de fármacos: es una actividad aceptada y valorada para la vida institucional. Por otro lado, la ingesta tiende a flexibilizarse fuera de la escuela al disminuir el nivel de exigencia en cuanto al ajuste conductual requerido por la cultura institucional.

En este sentido, resulta relevante analizar el apego que algunos estudiantes mostraban hacia la rutina para la ingesta del fármaco. Sobre se identificó que los estudiantes con mayor antigüedad en la institución se mostraban adheridos a dicho ritual y en ocasiones les eran asignados compañeros para “acompañarlos” al consultorio:

*Bernardo y Brayan son alumnos de sexto grado, a las 15 hrs salen de su salón para ir a tomar su medicamento en el consultorio escolar. Mientas caminan por los pasillos del primer piso, pasan a un salón ubicado al lado del suyo. Tocan la puerta y le explican a la maestra: “venimos por Alberto y Paco”. La maestra llama a los dos estudiantes y les indican “vayan con sus compañeros”. También pasan al salón de cuarto grado. La maestra al identificarlos, llama a un estudiante llamado Polo. Les da la siguiente instrucción: “Luego, luego se regresan. Solo van con el doctor y los quiero de regreso en 5 minutos” Los niños de cuarto y quinto grado se muestran sonrientes y caminan por delante, dejando que los estudiantes de mayor grado vayan atrás de ellos. Bernardo toma a uno de sus compañeros (Paco) por el hombro, evitando que se desvíe de su trayectoria. En los estudiantes mayores se observa una aparente actitud de dominio y superioridad (Observación realizada en septiembre del 2018 en un Centro de Atención Múltiple).*

De esta manera, algunos estudiantes se convierten en una suerte de instrumentos que perpetúan el control hacia su comportamiento y el de sus compañeros. Puede incluso hipotetizarse que la acción de “acompañar” a sus pares genera en los citados alumnos una actitud de poder.

Por otro lado, la ingesta del fármaco dentro del salón de clases es percibida por algunos estudiantes como una alternativa para salir del salón. Pues el recorrido hacia el consultorio implica recorrer pasillos, andar por escaleras y trasladarse a otro edificio. Muchos de los estudiantes que toman medicamento dentro del salón, también acuden al sanitario utilizando para todo el ritual un poco más de 25 minutos. En algunos casos, los docentes o personal de apoyo tienen que salir a buscar a sus estudiantes, quienes deambulan por el patio o se mantienen durante varios minutos lavándose las manos.

En esta aparente disposición para la toma del fármaco puede leerse los beneficios secundarios que para los estudiantes representa, pues les permite romper con la rutina dentro

del aula, salir del salón y tener interacciones que pueden resultar más gratificante que los acontecimientos en el salón.

Por otro lado, como se mencionó en párrafos anteriores, la ingesta del fármaco dentro de la dinámica familiar tiende a perder relevancia pues los mecanismos de regulación de los comportamientos de los niños se apoyan en prácticas de crianza relacionadas con manejo disciplinar como los regaños o los castigos.

En la observación realizada en los domicilios se algunos estudiantes se encontraron algunos datos que permiten vislumbrar la forma en que la familia prescinde del fármaco y la reacción de los niños ante esta situación:

*Son aproximadamente las 12 hrs de un sábado de mayo del 2011. Miguel, su hermano y su mamá están en su domicilio. Su mamá (Sra. Pilar) lava ropa y Miguel y su hermano barren el patio. La señora Pilar le indica a Miguel que coloque la manguera para regar. El niño parece no escuchar la indicación y sigue barriendo. Su mamá le grita más fuerte y el niño bota la escoba y manifiesta enojo en sus gestos faciales. La mamá toma un trozo de madera y lo lanza a Miguel, quien abre la puerta de la calle y se sale. La señora me dice: “ese chamaco es un retobón, pero se lo voy a quitar a golpes”. Le preguntó: “Miguel ya se tomó su medicamento”. Me responde: “Ese niño lo que necesita es unos cinturonzos”. Aproximadamente, 40 minutos después regresa Miguel, continúa barriendo. Su mamá ya no está porque fue al mercado. Le pregunto ¿por qué te saliste?”. Él me responde: para calmarme...*

Como puede percibirse en el caso de Miguel, tanto su familia como él mismo buscan estrategias diferentes al fármaco para regular la convivencia y el comportamiento. En este caso, sobresale que durante las observaciones en el domicilio no se identificó un horario específico para la toma del fármaco, la rutina familiar estaba orientada al trabajo dentro del domicilio y de la comunidad.

Las percepciones de estudiantes con respecto al fármaco son diversas y en varios casos depende de la capacidad para expresarse de forma oral. En el caso de los niños participantes en esta investigación, muestran un repertorio verbal que les permite estructurar ideas y comunicarlas. En algunos casos las respuestas sobre por qué tomaban medicamentos fueron:

*No sé (Adriana, cuarto grado de primaria, con un diagnóstico de Síndrome de Down).*

*No me gustan (Johan, segundo grado).*

*Porque sí (Alim, tercer grado).*

En este sentido, la recuperación y el análisis de las voces de los estudiantes de educación especial con respecto a la ingesta de fármacos ha sido escasamente estudiada bajo el argumento de la dificultad de la expresión oral y escrita que algunos estudiantes manifiestan. Así mismo hay escaso interés en realizar observaciones sistemáticas en la escuela y otros escenarios que permitan encontrar datos sobre la internalización e interpretación que los estudiantes identificados con discapacidad hacen sobre su experiencia escolar y comunitaria (Janín, 2018).

1.3. Cuestionando el fármaco: Los avances científicos y tecnológicos de la medicina, al tiempo que han redituado beneficios frente a algunas enfermedades, también se han constituido en saberes hegemónicos que consolidados como modelos de atención de la salud, tienden a concentrar y dirigir la totalidad de las respuestas sanitarias.

Como se ha evidenciado, el uso de fármacos se describe como un proceso múltiple y variado, por el cual “problemas no médicos” pasan a ser definidos y tratados como “problemas médicos” ya sea bajo la forma de “desórdenes” o “trastornos mentales” (Faraone, 2009). No obstante, la imposición también ha encontrado algunas tensiones que restan credibilidad a estas formas de intervención ante la supuesta discapacidad.

*Cuando mi hijo estaba en preescolar la maestra me dijo que lo veía raro, que era como muy introvertido, callado. Me mando al DIF y de ahí lo mandaron al CECOSAM. El doctor que lo vio dijo que tenía rasgos de autistas que era difícil diagnosticarlo porque*



*caso es diferente. Me dio que tenía unos síntomas y otros no. O sea me dijo que tenía un trastorno de desarrollo no específico. Yo entiendo que se refiere a que tiene rasgos pero no todo los síntomas. Le dieron Risperidona pero se la di sólo un mes porque lo veía como atontado.*

Este fragmento muestra que ante los efectos secundarios de la ingesta del fármaco se genera desconfianza en la familia que los hace dudar o rechazar el tratamiento. Bajo la misma suspicacia con respecto a los efectos del fármaco, se presenta el comentario de un abuelo de un estudiante de CAM quien refiere su negativa para suministrar el fármaco a su nieto anteponiendo el argumento sobre el efecto de somnolencia que le provoca el medicamento:

*Quesque mi nieto está mal, ni siquiera sé pronunciar lo que tiene. Pero le dan mucha medicina. En las tardes cuando se queda solo conmigo me dejan la suspensión para dársela. Pero ni se la doy porque se duerme toda la tarde. Yo necesito que me ayude a vender mis cositas (jarciería) y dormido pus no me ayuda.*

Por otro lado, hay argumentos de tipo económico que algunas familias anteponen como pretexto para evitar o disminuir la ingesta del fármaco. Situación que resulta importante considerando que algunos de los medicamentos tienen que ser adquiridos de forma particular, puesto que los servicios de salud no los proporcionan dado su costo.

Con respecto a este punto algunas madres de estudiantes de CAM comentan:

*Hay veces que le cambian el medicamento a mi hijo hasta dos veces al año. Eso está mal porque es bien caro y no te lo surten en el IMSS, uno lo tiene que comprar como puede... (Madre de un estudiante diagnosticado con Síndrome de Asperger, 2019).*

*Yo creo que me gasto como \$500 al mes de puro medicamento. Además no los hayas en similares. Yo creo que es puro negocio, porque a mi hijo lo veo igual. El doctor me dice: dele tiempo al medicamento, tarda en hacer efecto. Y ya llevamos así como dos años y nomás no se ve la mejora... (Mamá de un estudiante diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista).*

Estos comentarios dan cuenta que aunado a los efectos secundarios de los fármacos, algunas familias argumentan sobre la repercusión que tiene en su economía la adquisición de tratamientos farmacológicos. Por ejemplo, durante una reunión con la Trabajadora Social de un CAM se les indicó lo siguiente:

*Durante la reunión con padres de todos los grupos, quienes en total eran un aproximado de 50 personas, la Trabajadora Social hizo el siguiente comentario a los asistentes: “Una forma de mostrar que nuestros hijos nos interesan, es darle su medicamento como lo ha prescrito el doctor”. Ante este comentario algunas mamás le respondieron “Pues no es por falta de interés que no le doy el medicamento, es por falta de dinero”, “¿Sabe cuánto cuesta el trileptal? casi un salario mínimo”. Otra señora también comentó: “Es que es el medicamento o comer porque no alcanza para las dos cosas”...*

En estos comentarios nuevamente emerge el costo económico que representa para la familia la adquisición de medicamentos lo cual se convierte en una de las principales objeciones para el suministro regular del fármaco. Por otro lado, no sólo el dinero es un argumento para evadir la ingesta regular del fármaco, también dicha situación está cruzada con una serie de actividades y actitudes relacionadas con las características culturales de las familias y de la comunidad. En el caso de los niños participantes, hay una serie de referencia que hace alusión a patrones de creencias y prácticas relacionadas con algunas visiones mesoamericanas. En la siguiente observación se presenta algunas actividades realizadas al interior de los domicilios y en algunos espacios comunitarios que dan cuenta de algunas actitudes que se alejan de considerar al fármaco como un tratamiento adecuado a la condición de los niños identificados con discapacidad:

*El día de la misa para la Santa Cruz (3 de mayo del 2018) Miguel y sus hermanos están junto con otros vecinos reunidos en torno a la parroquia del Pueblo. Hay aproximadamente 200 personas y todas ellas buscan estar cerca de la comitiva que llevará la cruz hasta la parte alta del cerro ubicado en dicha colonia. El sacerdote ofrece*

*una ceremonia que dura alrededor de 25 minutos. La parroquia huele a incienso y flores, está ambientado por el humo y por la propia arquitectura del espacio. Le preguntó a la madre de Miguel por qué asiste a este tipo de eventos. Me responde: “desde que Miguel nació, le prometí a la Santa Cruz que lo traería cada año. Y la verdad me ha cumplido re bien. Mi chamaco se porta mejor y casi ya no le doy medicamento. Yo creo que es por estas mandas, porque de aquí nos vamos acompañando a la cruz hasta las Peñas (cerro) y allá llevamos una ofrenda.*

Este dato es de gran importancia pues permite indagar otros recursos con en que algunas familias enfrentan la condición de su hijo, en este caso la práctica religiosa deja verse como una opción que cuestiona al fármaco como la principal estrategia para la atención del alumno. También aquí se puede entrever la mezcla existente entre algunas prácticas religiosas con ciertas actividades vinculadas a la herencia mesoamericana, sobre todo con la parte de la cosmovisión de la naturaleza y sus poderes curativos.

Desde la relevancia que tienen algunas creencias religiosas y su efecto en el cuestionamiento al fármaco se presentan las siguientes aportaciones de algunas familias:

*Cuando nació mi hija le daban ataques y se ponía morada, le dieron como tres medicinas. Pero preferí llevarla con la Virgen de Guadalupe y si mejoró. Ahora nomás toma una suspensión y eso a veces ni se la doy. Por eso mejor trae una medallita de la virgencita (Madre de una niña diagnosticada con Síndrome de West ubicada en preescolar).*

*Dijeron que mi niño iba a vivir poco, que no me hiciera ilusiones. Estaba muy enfermo porque nació de seis meses. Estuvo en terapia intensiva casi un mes. Tenía un montón de aparatos. Fuimos al santuario del Señor de Chalma y ahí pedimos por él. Todavía tiene su coronita. Cuando nos lo entregaron salió tomando como 5 medicamentos y con una sonda nasogástrica. Poco a poco le he ido quitando medicamentos. Yo solita sin*

*decirle al doctor. Ellos (los médicos) todo quieren arreglar con chochos. Yo soy más de fe (Madre de una niña de 8 años, con diagnóstico de inmadurez cerebral).*

Para estas familias las supuestas alteraciones orgánicas que derivan de alteraciones orgánicas pueden paliarse con el recursos de la fe trasladada a la asistencia a eventos religiosos y a la portación de objetos a los que se les adjudica poderes de protección.

Otra vertiente encontrada en cuanto a la respuesta que la familia tiene ante el fármaco se encuentra cercana a la experiencia comunitaria que dimensiona el uso de fármacos desde diversas perspectivas no siempre cercanas a la visión de la escuela:

*Son las 21 hrs en el Campamento del Frente Popular Francisco Villa (FPFV) y algunos varones preparan una fogata para hacer iniciar la jornada de vigilancia nocturna del campamento. Héctor está con su papá. Una vez que prendieron la fogata, el papé de Héctor observa el reloj y le dice a su hijo: “Ya son más de las 9 vete a tomar tu pastilla”. Antes que Héctor obedezca la instrucción, se oyen comentarios de dos señores que conforman el grupo que harán guardia esa noche: “Ya no le des esas chingaderas a tu hijo, va a quedar peor”. El otro comentario fue “Al Héctor le están fregando la panza con tanta droga, mejor pásamela a mi” (risas de los demás asistentes). El papá de Héctor ya no vuelve a dar la instrucción a Héctor y por lo tanto no toma su fármaco.*

Con estas aportaciones nuevamente se identifican algunos indicadores sobre el cuestionamiento que se hace al fármaco desde espacios diferentes a la escuela y al hospital. Se intuye que el fármaco es dañino y que no necesariamente implica un beneficio para la condición de los niños. En esta lógica se presenta la siguiente observación realizada en un tianguis de Iztapalapa.

*En el tianguis de Santa Cruz Meyehualco, entre los negocios de ropa americana y de juguetes se encuentran al ras de piso unos pequeños puestos de medicamentos. Se desconoce a ciencia cierta su origen. Al acercarme y preguntar por fármacos controlados como la resperidona, tioridazina y sertralina (utilizados en niños diagnosticados con*

*autismo o TDAH) me dice el comerciante: “Esos casi no los manejo, están bien caros y hacen mucho daño. Los pinches médicos quieren tener al pueblo drogado. Yo vendo medicinas comunes como anti inflamatorios, aspirinas y vitaminas. Cuando me piden medicamentos como los que usted necesita les recomiendo que se informen porque esas mierdas las mandan los americanos cuando allá están descontinuadas, si me dijieran dáselas a tu hijo yo los mando a la fregada”. Mientras hace tales comentarios, sus clientes (5 o 6 personas) asienten con la cabeza.*

En este sentido, sectores que no corresponden a grupos de académicos hacen sentir la desconfianza y el cuestionamiento hacia el tratamiento farmacológico al que se somete a los estudiantes y de forma casi intuitiva intentan interpelar ante estas propuestas que se vislumbran casi hegemónicas desde la escuela y desde los servicios médicos.

Los datos y las posibles interpretaciones sobre ellos permiten vislumbrar el análisis que irá surgiendo en torno al uso de fármacos en la población de educación especial y deberá dar cuenta que existen algunos mecanismos constituidos desde las familias y la comunidad para afrontar esta tendencia hallar en los medicamentos psiquiátricos las respuestas para mitigar las diferencias/ deficiencias de estos alumnos. Así mismo, habrá que abrir un espacio para dar cuenta de las complicidades entre la escuela y la familia para deslindarse de su acción sobre la conducta y subjetividad de los estudiantes.

### **Conclusiones**

Uno de los efectos más debatibles con respecto a la medicalización y patologización de los estudiantes de educación especial es la frecuente prescripción de fármacos como parte de las acciones de intervención. Y es que a diferencia de la época de Illich (1975) y Foucault (2000) la medicalización ya no está al servicio del estado, en la actualidad las áreas de incumbencia de la medicina se encuentra fomentada por una industria farmacéutica creciente y poderosa, lo cual lleva con frecuencia a introducir y naturalizar el aumento exponencial de

consumo de psicofármacos en la infancia, buscando la adaptación de niños y niñas a los contextos que son impuestos desde el mundo y mirada de los adultos.

Los resultados de esta investigación develan la naturalización entre los diagnósticos de discapacidad y práctica de prescripción de tratamientos farmacológicos. Se asume que ante la presencia de signos de discapacidad por autismo se requiere de un diagnóstico y manejo clínico, orientado en la mayoría de los casos al uso de psicofármacos para favorecer una supuesta adaptación conductual a la cultura escolar de las escuelas regulares y/o Centros de Atención Múltiple.

Los estudiantes de los Centros de Atención Múltiple terminan siendo los consumidores ideales de psicofármacos pues difícilmente docentes y familia cuestionan su pertinencia, aunado a que por las características cognitivas y comunicativas de los y las alumnas difícilmente sus voces son escuchadas y tomadas en cuenta.

La literatura especializada sobre todo la generada por el grupo de investigación *Forum Infancias* reconoce que la atención en salud infantil no es ajena al fenómeno de transformar situaciones normales en patológicas y generar enfermedades a partir de situaciones potencialmente tratables. Este grupo de expertos han alertado sobre las implicaciones políticas, económicas y sociales del fenómeno en expansión denominado medicalización y señalan, además sus efectos en la subjetividad de las personas que son vistas como “enfermas”, “anormales” o “discapacitadas”. En este trabajo se dio cuenta que la medicalización es frecuente y naturalizada; no obstante también se encontraron algunas resistencias, observadas en prácticas familiares y comunitarias que muestran cierta oposición ante los tratamientos farmacológicos.

Resultó significativo que dichas resistencias estuvieran ausentes en los contextos escolares a pesar de que la actual política educativa está orientada en el modelo de educación inclusiva que justamente surge de un cuestionamiento de la hegemonía del modelo clínico médico en el ámbito de la educación especial. Autores como Echeíta (2016) y Skliar (2017) dan

cuenta de las limitaciones en la práctica de la educación denominada inclusiva y coinciden en que más allá de lo establecido oficialmente, los servicios educativos son una suerte de híbrido donde se mezclan y entrelazan los modelos clínicos, de integración y social de la discapacidad.

El mantenimiento de diagnósticos en los servicios de educación especial, acarrea incremento de prescripciones farmacológicas, que a su vez incrementa y retroalimenta el consumo de productos que benefician principalmente a la industria farmacológica cuya presencia es notoria como auspiciadores de congresos, proyectos de investigación, edición de manuales de diagnósticos psiquiátricos y en diversos servicios de psicodiagnóstico. Por ello es necesario visibilizar los procesos de medicalización de las infancias denominadas “discapacitadas, anormales, problemáticas, etc.” las cuales al ser designadas como fuera de los estándares normotípicos tienden a ser objeto de prácticas de medicalización y del mantenimiento permanente de etiquetas clínicas que están asociadas a procesos de exclusión social y educativa.

## Referencias

- Barton, L. (1998). *Discapacidad y Sociedad*. Morata.
- Booth, T. y Ainscow. M. (2012). *Guía para la inclusión educativa: desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*. CSIE-FCF.
- Cerletti, L. (2015) *Las familias ¿un problema escolar?* Noveduc.
- Dueñas, G. (2018) *La patologización de la infancia ¿Niños o síndromes?* Noveduc.
- Echeita, G. (2016). Inclusión y Exclusión Educativa. De Nuevo, "Voz y Quebranto". *REICE. Revista Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia Y Cambio En Educación*, 11(2).  
<https://revistas.uam.es/reice/article/view/2899>
- Faraone, S. (2009) “La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/ medicamentación en la infancia”, *Revista Margen*, 54,  
<http://www.margen.org/suscri/margen54/faraone.pdf>

- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Fondo de Cultura Económica.
- Graham, A., Powell, M., Taylor, N., Anderson, D. y Fitzgerald, R. (2013). Investigación ética con niños. Florencia: Centro de Investigaciones de UNICEF. [https://childethics.com/wp-content/uploads/2015/04/ERIC-compendium-ES\\_LR.pdf](https://childethics.com/wp-content/uploads/2015/04/ERIC-compendium-ES_LR.pdf)
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010) *XIII Censo General de Población y vivienda*, México, <http://www.inegi.org.mx/> (13 de diciembre de 2013).
- Iriart, C. e Iglesias, L. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface Comunicación, salud y Educación*, 16 (43), 1011-1023.
- Janín, B. (2018). *El sufrimiento psíquico en los niños*. Noveduc.
- Juárez, F. (2006). Aceptación o rechazo: perspectiva histórica sobre la discapacidad, la rehabilitación y la psicología de la rehabilitación, *Psicología y salud*, 16 (2), 187-197.
- Kipen, E. (2008). Demasiado cuerpo. En Rosato, A. y A. Angelino (Coords.), *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Noveduc.
- Lakoff, A. (2004). The Anxieties of Globalization: Antidepressant Sales and Economic. Crisis in Argentina. *Social Studies of Science*, 34, 247-269.
- López- Castilla, C. (2015). La medicalización de la infancia en salud mental: el caso paradigmático de los trastornos de atención. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 174-181.
- Natella, G. (2008) *Trabajar en salud mental: la desmanicomialización en Río Negro*. Cuadernos médicos sociales.
- Neufeld, M. R. (2019) *Discusiones sobre infancia y adolescencia. Niños y jóvenes, dentro y fuera de la escuela*, Argentina, Editorial Biblos.
- Pundik, J. (2012) *Lo normal y lo patológico*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Secretaría de Educación Pública (2010) *Memorias y actualidad en la Educación Especial de México. Una visión histórica de sus modelos de atención*. México: Secretaría de Educación Pública.



Secretaría de Educación Pública (2010). Lineamientos Generales para la organización y funcionamiento de los servicios de Educación Básica, Inicial, Especial y para adultos en el Distrito Federal. México: Secretaría de Educación Pública.

Sánchez Solé, L. (2014). *La medicalización de las infancias, ¿hacia una coerción de sus proyectos de vida?* *Temas De Educación*, 20 (1), 49-65.

Sinisi, L. (2008) "Integración o inclusión escolar ¿un cambio de paradigma?" *Boletín de Antropología y Educación*, 2010: 11-17.

Skliar, C. (2017) *Pedagogías de la diferencia*. Buenos Aires: Novedades Educativas.

Untoiglich, G. (2016) *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*, Argentina, Noveduc.

**AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS DE PANDEMIA Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR  
MENTAL EN UNA MUESTRA ESTUDIANTIL**

**Arturo Barraza Macías**

*Universidad Pedagógica de Durango*

<https://orcid.org/0000-0001-6262-0940>

**Manuel Ortega Muñoz**

*Universidad Pedagógica de Durango*

**Rebeca Del Pino Peña,**

*Universidad Pedagógica Nacional, Unidad Ajusco*

**Alejandra Méndez Zúñiga**

*Universidad Pedagógica de Durango*

**Resumen**

El principal objetivo del presente trabajo es determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento del estrés de pandemia y el bienestar mental en una muestra estudiantil mexicana. Para el logro de este objetivo se llevó a cabo un estudio correlacional, transversal y no experimental mediante la aplicación de la sección de estrategias de afrontamiento del Inventario SISCO del Estrés de Pandemia y la Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale a una muestra no probabilística de 280 estudiantes mexicanos. Sus principales resultados permiten destacar que los alumnos encuestados hacen un uso fuerte de las estrategias de afrontamiento para enfrentar el estrés de pandemia y presentan un nivel

medio de bienestar mental. Con respecto a la relación entre las estrategias de afrontamiento del estrés de pandemia y el bienestar mental los resultados indican una relación positiva débil que conduce a afirmar que entre mayor sea el uso de las estrategias para el afrontamiento del estrés, mayor será el bienestar mental. No obstante se reconoce la necesidad de seguir estudiando el tema tomando en consideración el carácter multidimensional de las estrategias de afrontamiento.

**Palabras clave:** estrés; pandemia; bienestar; afrontamiento.

### Introducción

En marzo del presente año la organización Mundial de la Salud decretó como pandemia los contagios generados por el COVID 19. A partir de ese momento varios países, incluido entre ellos México, declararon una etapa de cuarentena caracterizada por el confinamiento y la aparición del teletrabajo y la educación virtual.

En este contexto, signado por el miedo y la incertidumbre, los investigadores asumieron el compromiso de indagar lo que estaba sucediendo. Inicialmente los esfuerzos fueron encaminados al estudio del virus y a la búsqueda de una vacuna, pero posteriormente los científicos sociales hicieron su aparición indagando las consecuencias que estaba generando en la población el confinamiento.

Una de las primeras consecuencias que se empezó a estudiar era el estrés que generaba esta situación en la población. En estos estudios se pueden observar tres líneas de trabajo teórico-conceptual: a) las que centran su atención en los síntomas del estrés (Bo et al. 2020; Monterrosa-Castro, et al. 2020; Ozamiz-Etxebarria, Dosil-Santamaria, Picaza-Gorrochategui y Dolaga-Mondragon, 2020; Pedraz-Petrozzi, Arévalo-Flores, Krüger-Malpartida y Anculle-Arauco, 2020), b) las que lo abordan desde el enfoque tridimensional que plantea el modelo sistémico cognoscitivista (Alania, Llancari, Rafaele y Ortega, 2020; Barraza, 2020a;

Barraza, 2020b) y c) las que lo estudian desde los estresores o fuentes de estrés (Reyna, Ortiz, Mola y Correa, 2020).

Cabe mencionar que en este recuento se dejan de lado aquellos trabajos que presentan un fuerte problema de conceptualización sobre el estrés, p. ej. Campo-Arias, Pedrozo-Cortés y Pedrozo-Pupoa (2020) quienes realizan un estudio instrumental con una escala que integra ítems propios del estrés combinados con otros relativos a la autoeficacia percibida o el sentido de coherencia.

Bo et al. (2020) examinaron el patrón de síntomas de estrés postraumático en pacientes con COVID-19 clínicamente estables. A partir de su estudio pudieron concluir que la mayoría de los pacientes con COVID-19 sufrieron síntomas de estrés postraumático significativos asociados con la enfermedad antes de que fueran dados de alta, y estos síntomas tienen el potencial de conducir a resultados negativos, como lo serían una menor calidad de vida y un menor rendimiento laboral.

Monterrosa-Castro, et al. (2020) se plantearon como objetivo general determinar la presencia de síntomas de estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales, El principal resultado, de interés para esta investigación, indica que un tercio de los encuestados presentó estrés laboral leve mientras que el seis por ciento manifestó estrés laboral severo.

Ozamiz-Etxebarria, et al. (2020) analizaron los niveles de estrés, ansiedad y depresión en población española a la llegada del virus; sus resultados demostraron que, aunque los niveles de sintomatología han sido bajos, en lo general, al principio de la alarma, la población más joven y con enfermedades crónicas ha referido sintomatología más alta que el resto de población.

Pedraz-Petrozzi, et al. (2020), mediante un estudio instrumental, reportan la validación del Índice de Distrés Peri-traumático relacionado a COVID-19 (CPDI) en población peruana; una

vez realizado el estudio concluyen que, el CPDI en castellano presenta una adecuada validez de contenido y una buena fiabilidad, por lo que se puede aplicar en el Perú.

Alania, et al. (2020) realizaron un estudio con un nivel descriptivo y un diseño no experimental y transversal para adaptar el Inventario de Estrés Académico SISCO SV al contexto de la crisis por COVID-19. En esa adaptación los autores incluyeron dos ítems en la sección de estrategias de afrontamiento y precisaron algunos ejemplos con relación a los estresores; entre sus principales resultados refieren que este inventario, adaptado al contexto de la crisis por COVID-19, es válido y confiable.

Barraza (2020a) aborda el estrés de pandemia en población mexicana mediante un estudio correlacional, no experimental e instrumental. Entre sus principales resultados obtenidos informa que las situaciones que más le estresan a la población encuestada son “Que los hospitales no tengan los recursos para atender a los enfermos” y “Que nuestro sistema de salud colapse”; en el caso de los síntomas la población encuestada reporta que se le presentan con mayor intensidad “la ansiedad” y “la falta de sueño”, y en lo referente a las estrategias de afrontamiento reportan como las más utilizadas “lavarse continuamente las manos” e “informarme en fuentes confiables”,

Barraza (2020b) a través de un estudio exploratorio, instrumental, transversal, correlacional y no experimental aborda el estrés Informativo en tiempo de pandemia (COVID19); sus resultados indican la presencia de un nivel moderado de estrés informativo; siendo la principal fuente de estrés la forma en que las redes sociales y los medios de comunicación manejan la información, mientras que el síntoma que se presenta con mayor intensidad es la angustia y la estrategia de afrontamiento más utilizada es el Informarse en fuentes confiables.,

Reyna et al. (2020), como parte del equipo argentino de COVIDiSTRESS, participaron en el levantamiento de una encuesta de escala mundial que alcanzó a más de 100 países y que buscaba evaluar el impacto psicológico en contexto de aislamiento; particularmente les interesaba el estrés (estresores), la confianza en las instituciones y las estrategias de

afrontamiento del estrés. Como resultado refieren que la principal fuente de estrés son las consecuencias del COVID-19 sobre la familia y el país y que en general los encuestados mostraron un nivel medio de estrés durante todas las fases de aislamiento. Con relación a las estrategias de afrontamiento mencionan que las más utilizadas fueron el contacto telefónico o virtual con amigos/as y familiares, las actividades de entretenimiento, el uso de redes sociales y el conocimiento de las medidas adoptadas por el Gobierno o los servicios públicos.

Como se puede observar, la emergencia del estudio del estrés en el contexto de la pandemia ha centrado su atención en estudios instrumentales y en la prevalencia de este tipo de estrés, y a pesar de ser un camino común en las etapas iniciales de estudio de cualquier objeto de investigación, es necesario transitar a otro tipo de estudios.

En la presente investigación la atención está centrada en solo uno de los componentes sistémico-procesuales del estrés: las estrategias de afrontamiento; el interés en este componente obedece a que se puede teorizar que si las estrategias de afrontamiento son efectivas o exitosas pueden ayudar a superar el estrés y/o generar un estado de bienestar.

### **Afrontamiento**

El afrontamiento es uno de los tres componentes sistémico-procesuales del estrés que propone Barraza (2006) en su modelo sistémico cognoscitivista. Este autor conceptualiza al estrés como un estado psicológico y esencialmente adaptativo donde la persona: a) se ve expuesta a una serie de estímulos que se constituyen en exigencias o demandas de actuación y si estas demandas son evaluadas como desbordantes de los recursos que posee la propia persona para hacerle frente se constituyen en *estresores*, b) al constituirse en estresores estos estímulos desencadenan una serie de reacciones o *síntomas*, los cuales indican la presencia de un desequilibrio en la persona, y c) ante ese desequilibrio la persona busca *estrategias de afrontamiento* para manejar su estrés y restaurar su equilibrio sistémico.

Este tercer componente, que es con el que se cierra el proceso sistémico-cognoscitivo del estrés, puede ser definido como “los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante

cambio para la resolución de demandas internas y/o externas específicas que son valoradas como impositivas o excesivas para los recursos de las personas” (Lazarus, 2000, p. 122).

Este tipo de estrategias pueden ser analizadas desde una perspectiva procesual y particularista ya que:

- Su presencia depende del proceso mismo de aparición y desarrollo del estrés, esto es, en un momento se pueden utilizar unas estrategias y posteriormente otras diferentes; el uso de una u otra estrategia depende de las necesidades personales que genere el estrés o las condiciones ambientales presentes en ese momento en particular.
- No son universalmente válidas o efectivas, por lo que pueden ser funcionales, exitosas o efectivas en un momento, o ante cierto tipo de estresor, y en otro no lo serán.

Estas estrategias de afrontamiento pueden ser clasificadas, según la función perseguida, en dos tipos: a) las orientadas a la resolución del problema y b) las orientadas a la regulación emocional (Lazarus, 2000). Las primeras son recomendables cuando el estímulo o situación que genera el estrés puede ser manejado, resuelto o enfrentado con relativo éxito por el propio sujeto, sin embargo, cuando esto no es así son preferibles las orientadas a la regulación emocional.

Para decidir si se usa una estrategia u otra, o un tipo de estrategia u otro, el propio sujeto realiza una valoración cognitiva que se “centra en lo que puede hacer la persona sobre la relación estresante persona-medio, especialmente cuando se ha producido una valoración primaria de daño amenaza o desafío (Lazarus, 2000, p. 87). Este es el segundo proceso de valoración al que remite la teoría transaccionalista del estrés (Lazarus y Folkman, 1986), ya que el primero refiere al hecho de considerar las demandas del entorno como estresores y el segundo a la decisión sobre las estrategias de afrontamiento que se deben de usar para enfrentar ese estresor.

Estas estrategias ya han sido estudiadas como parte del estrés de pandemia (Barraza, 2020a; Reyna et al. 2020), pero solo a nivel descriptivo, por lo que cabe preguntarse si han sido

ya estudiadas con relación a otras variables. La revisión de la literatura al respecto permite verificar que el afrontamiento no está siendo estudiado como punto central de la pandemia. En ese sentido se considera pertinente el estudio de las estrategias de afrontamiento al estrés de pandemia, sin embargo es necesario trascender el estudio descriptivo de las mismas por lo que en la presente investigación se decide abordarlo con relación al bienestar mental tomando como base el discurso reiterado de que la pandemia y el confinamiento van a afectar la salud mental de la personas.

### **Bienestar Mental**

El Bienestar Mental, desde una interpretación subjetivista, comprende dos perspectivas: 1) la experiencia subjetiva de la felicidad y la satisfacción con la vida (perspectiva hedonista), y 2) el funcionamiento psicológico positivo, buenas relaciones con los otros y la auto-realización (perspectiva eudaimónica) (Stewart-Brown y Janmohamed, 2008). Teóricamente estas perspectivas han sido estudiadas desde las visiones asociadas al bienestar subjetivo (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) y al bienestar psicológico (Ryff, 1989), respectivamente.

En el año 2007 investigadores de las Universidades de Warwick y Edimburgo diseñaron el instrumento denominado Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) para la medición del bienestar mental (Tennant et al. 2007), entendido este constructo como “un estado mental positivo y sostenible que permite a las personas, grupos y naciones prosperar” (Huppert, Baylis y Keverne, 2004, p. 1).

Esta escala presenta ítems que indagan los aspectos positivos de la salud mental, que incluye un aspecto hedónico (centrado en la experiencia subjetiva de felicidad y satisfacción con la vida) y un aspecto eudaimónico (centrado en el funcionamiento psicológico y la realización con uno mismo), por lo que aborda las dos tradiciones conceptuales del bienestar ya mencionadas (Stewart-Brown y Janmohamed, 2008).



El bienestar mental ha sido estudiada con relación a diferentes variables; en esta ocasión, y a manera de ejemplo ilustrativo, se mencionan solamente los trabajos de Clarke, et al. (2011), Alfonso (2015), Bond, et al. (2012) y Cooper, et al. (2014).

Clarke et al. (2011) informan que el Bienestar Mental se correlaciona de manera positiva con la familia de origen, el nivel socioeconómico del hogar y la salud física. Por su parte Alfonso (2015) reporta que a mayor edad y mayor el número de nietos es menor el Bienestar Mental, mientras que a mayor número de miembros en el hogar donde viven, mayor es el nivel de Bienestar Mental. Mientras que Bond et al. (2012), indican que el Bienestar Mental fue mayor cuando los encuestados consideraron que: a) su barrio tenía muy buenas cualidades estéticas, b) su casa y barrio representaban un progreso personal, c) su casa tenía un muy buen aspecto externo y, d) su casa tenía una muy buena puerta de entrada (en sentido estético, pero también referida a la presencia de elementos de seguridad-control); en contraparte, la percepción de una mala calidad estética del barrio se relacionó con un menor nivel de Bienestar Mental. Y finalmente Cooper et al. (2014) reportaron que niveles más altos de capacidad física, en ancianos, se asociaron consistentemente con mayores niveles de bienestar.

La búsqueda de antecedentes específicos, con relación a este momento de confinamiento, permitió reconocer que esta variable no ha sido estudiada ya que los estudiosos están enfocados en el constructo de salud mental (Astrês y Cruz, 2020; Lozano, Muñoz y González, 2020; Paricio y Pando, 2020).

### **Objetivos**

Determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento del estrés de pandemia y el bienestar mental en una muestra estudiantil mexicana.

Establecer la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento del estrés de pandemia y cuatro variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel máximo de estudios y estado de la república donde viven) en una muestra estudiantil mexicana.

Establecer la relación que existe entre el bienestar mental y cuatro variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel máximo de estudios y estado de la república donde viven) en una muestra estudiantil mexicana.

Identificar el nivel de uso de las estrategias de afrontamiento del estrés de pandemia en una muestra estudiantil mexicana.

Identificar el nivel del bienestar mental en una muestra estudiantil mexicana.

## **Método**

### **Participantes**

El presente trabajo es un estudio de tipo correlacional, transversal y no experimental realizado mediante la aplicación de una encuesta a 280 estudiantes mexicanos que representan una muestra no probabilística. La distribución de los estudiantes encuestados, según las variables sociodemográficas indagadas, es la siguiente:

- El 17.6% son hombres y el 82.4% son mujeres.
- El 53.6% estudian el nivel de licenciatura, el 44.3% maestría y el 2.1% el doctorado.
- El 51.1% viven en el estado de Durango, el 26.1% en Coahuila, el 15.4% del estado de México y el 7.5% en Michoacán.
- Una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 53 años, siendo el promedio de edad 21 años.

### **Instrumentos**

Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario compuesto de tres secciones: a) la primera sección se conforma por cuatro ítems que indagan las variables sociodemográficas de la población encuestada, b) la segunda sección se conforma por cinco ítems que extraídos de la sección de estrategias de afrontamiento del Inventario SISCO del Estrés de Pandemia (Barraza, 2020a); solamente en el ítem cuatro se agregó la opción escolares, quedando redactado de la siguiente manera “Realizar actividades laborales y/o escolares en línea” y c) la tercera sección se conforma por 14 ítems que corresponden a la

versión original de Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (Stewart-Brown y Janmohamed, 2008), en su versión española aplicada a población chilena (Carvajal et al., 2015).

La sección de estrategias de afrontamiento del Inventario SISCO del Estrés de Pandemia (Barraza, 2020a) presenta una confiabilidad de .88 en alfa de Cronbach, de .83 en la confiabilidad por mitades según la fórmula de Spearman-Brown y de .80 en la confiabilidad por mitades según la fórmula de Guttman.

La prueba de *KMO* reporta un valor de .861 y la prueba de esfericidad de Bartlett un nivel de significación de  $p < .001$  por lo que se considera pertinente realizar el Análisis Factorial Exploratorio. La estimación de comunalidades reporta valores entre .512 y .708 por lo que todos los ítems son adecuados para el Análisis Factorial Exploratorio. El análisis realizado mediante el método de cuadrados mínimos no ponderados reporta un solo factor que explica el 60% de la varianza. Los ítems reportan pesos factoriales que oscilan entre .715 y ,842 por lo que son adecuados.

La Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (Stewart-Brown y Janmohamed, 2008), reporta una confiabilidad de .92 en alfa de Cronbach, de .90 en la confiabilidad por mitades según la fórmula de Spearman-Brown y de .89 en la confiabilidad por mitades según la fórmula de Guttman.

La prueba de *KMO* muestra un valor de .937 y la prueba de esfericidad de Bartlett un nivel de significación de  $p < .001$  por lo que se considera adecuado efectuar el Análisis Factorial Exploratorio. La estimación de comunalidades reporta un ítem con problemas al tener un valor muy bajo de .182 (ítem 2); los demás ítems tienen valores que oscilan entre .303 y ,767 siendo pertinentes para efectuar el Análisis Factorial Exploratorio. El análisis realizado mediante el método de cuadrados mínimos no ponderados muestra un solo factor que explica el 49% de la varianza. Los ítems reportan pesos factoriales que oscilan entre .427 y ,864 por lo que son adecuados.

## Procedimiento

El cuestionario se subió a un formulario de Google y se invitó, vía *in box* de Facebook, a los contactos de los autores para que lo respondieran y, a la vez, lo difundieran entre sus conocidos para que lo respondieran también. El primer ingreso para responder el cuestionario fue el 22 de junio y el último fue el 26 de junio.

Una vez que se cerró la recepción de respuestas se descargó la base de datos en Excel y se pasó al programa SPSS versión 24. Posteriormente se calcularon las variables.

Ya con la base de datos en el programa SPSS versión 24 se desarrollaron los siguientes análisis:

- Para la obtención de la confiabilidad se utilizaron el alfa de Cronbach, la confiabilidad por mitades según la fórmula de Spearman-Brown y según la fórmula de Guttman.
- En el Análisis Factorial Exploratorio se utilizó el método de extracción de mínimos cuadrado no ponderados.
- Para determinar si existía normalidad en los datos se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov ( $KS = .000$ ).
- En el análisis descriptivo se usaron la media descriptiva y la desviación típica estándar.
- En el análisis correlacional con las variables sociodemográficas se utilizaron las pruebas U de Mann Whitney (variable sexo), Rho de Spearman (variable edad) y Kruskal-Wallis (nivel máximo de estudios y estado de la república donde viven). En todos estos análisis la regla de decisión fue  $p < .05$ .
- El análisis correlacional entre estrategias de afrontamiento y bienestar mental se efectuó con la prueba Rho de Spearman ( $p < .05$ ).

## Consideraciones Éticas

En el transcurso de la investigación se efectuaron una serie de acciones necesarias para la protección de los derechos y garantías de los participantes en la investigación (sección 8.01 de los principios éticos de la American Psychological Association, 2017); el instrumento

capturado en el formulario de Google tenía un carácter anónimo, no se solicitó información que comprometiera el anonimato de los participantes y en la presentación del instrumento se estableció claramente que su llenado tenía un carácter voluntario.

Así mismo, se garantizó el almacenamiento de la información confidencial generada por la transmisión electrónica de datos al llenar el formulario de google (sección 12.05 del código de ética de la American Educational Research Association, 2011).

### Resultados

Los datos descriptivos referidos a las estrategias de afrontamiento se presentan en la Tabla 1; como se puede observar las estrategias de afrontamiento más utilizadas para enfrentar el estrés de pandemia son “Lavarse continuamente las manos” y “Tener el menos contacto posible con las personas”. La media general de uso de las estrategias de afrontamiento para el manejo del estrés de pandemia es de 3.64 (*SD*: 1.91),

**Tabla 1**

*Datos descriptivos de las estrategias de afrontamiento*

	Media	Desviación Estándar
Ítem 1	3.59	1.349
Ítem 2	3.88	1.335
Ítem 3	3.65	1.429
Ítem 4	3.64	1.559
Ítem 5	3.49	1.533

Los resultados descriptivos obtenidos en los diferentes ítems que conforman la Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale se presentan en la Tabla 2; como se observan, los indicadores empíricos del bienestar mental que más se presentan en la población encuestada son “Me he interesado por cosas nuevas” y “He sentido interés por los demás”. La media

general que representa el nivel de bienestar mental de la población encuestada es de 2.38 (*SD*: .846),

**Tabla 2**

*Datos descriptivos de los ítems de la Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale*

	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>
Ítem 1	2.60	1.039
Ítem 2	2.54	1.179
Ítem 3	1.80	1.152
Ítem 4	2.74	1.182
Ítem 5	1.83	1.264
Ítem 6	2.26	1.122
Ítem 7	2.23	1.181
Ítem 8	2.28	1.263
Ítem 9	2.29	1.235
Ítem 10	2.28	1.237
Ítem 11	2.66	1.171
Ítem 12	2.52	1.306
Ítem 13	2.75	1.078
Ítem 14	2.57	1.028

El análisis correlacional entre las variables de estudio y la variable sexo marca que el pertenecer a uno u otro grupo de dicha variable si marca una diferencia significativa en el uso de las estrategias de afrontamiento (*U de M-W* 4142.000,  $p < .01$ ) y en el nivel de bienestar mental (*U de M-W* 4560.000,  $p < .05$ ) reportado por los alumnos encuestados. A partir de este

resultado se puede afirmar que son las mujeres las que hacen mayor uso de las estrategias de afrontamiento del estrés de pandemia y son los hombres lo que presentan un mayor nivel de bienestar mental.

En el caso de la variable edad el análisis efectuado indica que no se relaciona con las estrategias de afrontamiento ( $r_s .047$ ,  $p=.435$ ), ni con el nivel de bienestar mental ( $r_s -.077$ ,  $p=.203$ ) manifestado por los alumnos encuestados.

En lo que respecta al análisis entre las variables de estudio y la variable nivel educativo que cursa, los resultados indican que no hay relación con el uso de las estrategias de afrontamiento ( $X^2 3.320$ ,  $gl 2$ ,  $p=.190$ ), ni con el bienestar mental ( $X^2 .078$ ,  $gl 2$ ,  $p=.962$ ).

En el análisis realizado entre las variables de estudio y el estado de la república donde viven, los resultados muestran una diferencia significativa con relación al uso de las estrategias de afrontamiento ( $X^2 11.808$ ,  $gl 3$ ,  $p<.01$ ) y el bienestar mental ( $X^2 8.331$ ,  $gl 3$ ,  $p<.05$ ). A partir de estos resultados se puede afirmar que Durango es el estado de la república donde usan más las estrategias de afrontamiento y Coahuila es donde las usan menos; con relación al bienestar mental los estudiantes encuestados que viven en el Estado de México son lo que reportan un mayor nivel y los del estado de Michoacán los que informan un menor nivel.

Y por último, el análisis correlacional entre las variables estrategias de afrontamiento y bienestar mental reporta una correlación positiva débil ( $r_s -.207$ ,  $p=.002$ ), por lo que se puede afirmar que a mayor uso de las estrategias de afrontamiento mayor nivel de bienestar mental informan los estudiantes encuestados.

### **Discusión de Resultados**

A partir de los resultados obtenidos es posible obtener varias conclusiones que responden a los objetivos planteados para la presente investigación.

La media general de uso de las estrategias de afrontamiento para el manejo del estrés de pandemia es de 3.64 que transformada en porcentaje da un valor de 73%. Este porcentaje, interpretado con un baremo indicativo de tres valores: a) de 0 a 33% un uso débil, b) del 34% al

66% un uso moderado, y c) de 67% al 100% un uso fuerte, permite afirmar que los alumnos encuestados hacen un uso fuerte de las estrategias de afrontamiento para enfrentar el estrés de pandemia.

Este resultado coincide, en lo general, con lo reportado por Barraza (2020a); así mismo, puede ser valorado de manera positiva si se toma en cuenta que los cinco tipos de estrategias de afrontamiento que indaga el Inventario SISCO del estrés de pandemia corresponden en su mayoría a las sugerencias que realizan las autoridades para enfrentar la pandemia, p. ej. Lavarse continuamente las manos o Informarme en fuentes confiables. Cabe destacar que estos cinco tipos de estrategias pueden ser clasificadas, como orientadas a la resolución del problema (Lazarus, 2000) por lo que se consideran adecuadas para enfrentar el estrés de pandemia.

Este nivel de uso de las estrategias de afrontamiento se ve influido por las variables sexo y estado de la república donde viven los estudiantes encuestados.

En el caso de la variable sexo, y al igual que Barraza (2020a), las mujeres son las que utilizan con mayor frecuencia las estrategias de afrontamiento para enfrentar su estrés, sin embargo este resultado debe tomarse con cautela considerando que la población encuestada en la presente investigación es mayoritariamente femenina en una razón de 4 a 1.

En el caso del estado de la república donde viven los estudiantes encuestados los resultados indican que es en Durango donde se usan más las estrategias de afrontamiento y Coahuila es donde se usan menos; este resultado debe conducir a mayores estudios ya que ambos estados son colindantes y se ubican en el norte del país sin diferencias significativas o sustanciales como sucedería con estados del sur o centro del país.

La media general del nivel de bienestar mental de la población encuestada es de 2.38 que transformada en porcentaje da un valor de 60%. Este porcentaje, interpretado con un baremo indicativo de tres valores: a) de 0 a 33% un nivel bajo, b) del 34% al 66% un nivel medio, y c) de 67% al 100% un nivel alto, permite afirmar que los alumnos encuestados



presentan un nivel medio de bienestar mental. Este resultado, aunque no es óptimo, se puede considerar bueno tomando en consideración que el confinamiento, la amenaza constante de contagio y la proliferación de rumores y fake news afectan el bienestar mental de las personas.

Este nivel de bienestar mental es influido por las variables sexo y estado de la república donde viven los estudiantes encuestados.

En el caso de la variable sexo los resultados indican que son los hombres lo que presentan un mayor nivel de bienestar mental. Este resultado difiere del reportado por Afonso (2015), Clarke, et al. (2011) y Ssw, et al. (2014) y coincide por el reportado por Barraza y Barraza (2017); la diferencia entre estos resultados puede obedecer a las culturas nacionales ya que los dos estudios que reportan una diferencia significativa a favor de los hombres se han realizado en México.

Con relación al estado de la república donde viven los alumnos encuestado son los del Estado de México los que reportan un mayor nivel de bienestar mental y son los del estado de Michoacán los que informan un menor nivel; este resultado debe conducir a otros estudios que muestren las variables intervinientes: ¿ubicación geopolítica, desarrollo económico, culturas regionales, etc.?

Al respecto de la relación entre el uso de las estrategias de afrontamiento y el nivel de bienestar mental es necesario recordar que se había planteado en la primera parte de este trabajo la posibilidad de teorizar que si las estrategias de afrontamiento son efectivas o exitosas pueden ayudan a superar el estrés y/o generar un estado de bienestar.

Los resultados indican una relación positiva entre ambas variables, sin embargo es menester precisar dicha relación. Como se comentó previamente la apuesta del presente trabajo no es a una relación directa, sino a una relación mediada por el estrés en los siguientes términos: un mayor uso de estrategias de afrontamiento (en caso de ser exitosas) conduce a una menor presencia del estrés, y una menor presencia del estrés (y sobre todo la sintomatología que lo acompaña) genera un mayor nivel de bienestar.

El papel mediador del estrés queda de manifiesto de manera lógica pero cabe preguntarse ¿por qué la relación fue débil? En este sentido la apuesta es al aspecto indagado, esto es, en la presente investigación se indagó la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento pero no su efectividad.

Este planteamiento conduce a reconocer la necesidad de seguir investigando más al respecto, ya que no es posible formular una relación directa entre ambas variables por el carácter multidimensional de las estrategias de afrontamiento. En lo particular, desde la perspectiva de los autores del presente escrito, se considera necesario indagar primero las estrategias de afrontamiento exitosas y posteriormente establecer su relación con el bienestar mental.

A manera de cierre cabe mencionar como principal limitación del presente estudio la composición de la muestra lo que puede generar algunos sesgos en los resultados, ya que es mayoritariamente es una población femenina y del estado de Durango.

## Referencias

Afonso, D.I. (2015). *Avaliação do Bem-Estar Mental das Pessoas Residentes em Vilarinho dos Galegos – Mogadouro. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.*

<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5373/1/>

Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20em%20Psicologia%20Clinica%20e%20da%20Sa%C3%BAde\_cd.pdf

Alania, R. D., Llancari, R. A., Rafaele, M., y Ortega, D. I. D. (2020). Adaptación del cuestionario de estrés académico SISCO SV al contexto de la crisis por COVID-19. Socialium.

*Revista Científica de Ciencias Sociales*, 4(2), 111-130. DOI:10.31876/sl.v4i2.79

American Educational Research Association (2011). Code of Ethics. *Educational Researcher*, 40(3), 145–156. DOI: 10.3102/0013189X11410403

- American Psychological Association (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <http://www.apa.org/ethics/code/>
- Astrês, M., y Cruz, A. A. (2020). Empatía y salud mental en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2),1-3.  
<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/viewFile/3773/553>
- Barraza, A. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3), 110-129.  
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/19028/18052>.
- Barraza, A. (2020a). *El estrés de pandemia (COVID 19) en población mexicana*. México: CECIP.
- Barraza, A. (2020b). El estrés informativo en tiempo de pandemia (COVID 19). Un estudio exploratorio en población mexicana. *Praxis Investigativa ReDIE*, 12(23), 63-78.  
[http://praxisinvestigativa.mx/assets/23\\_5\\_estres.pdf](http://praxisinvestigativa.mx/assets/23_5_estres.pdf)
- Barraza, A. y Barraza, S. (2017). Mental well-being based on the discrepancy in the satisfaction with personal and other performance. *International Journal of Recent Scientific Research*, 8(8), 19264-19268. DOI: 10.24327/IJRSR.
- Bo, H., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., . . . Xiang, Y. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*, 27 de marzo, 1-2.  
DOI:10.1017/S0033291720000999
- Bond, L., Kearns, A., Mason, P., Tannahill, C., Egan, M. y Whitely, E. (2012). Exploring the relationships between housing, neighbourhoods and mental wellbeing for residents of deprived areas. *BMC Public Health*, 12(48), 1-14. DOI:10.1186/1471-2458-12-48
- Campo-Arias, A., Pedrozo-Cortés, M. J. y Pedrozo-Pupoa, J.C. (2020). Escala de estrés percibido relacionado con la pandemia de COVID-19: una exploración del desempeño

- psicométrico en línea. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. xxx(xx):xxx–xxx (preprint Elsevier Public Health Emergency Collection). DOI:10.1016/j.rcp.2020.05.005
- Carvajal, D., Aboaja, A. y Alvarado, R. (2015). Validación de la Escala De Bienestar Mental de Warwick- Edinburgo, en Chile. *Revista de Salud Pública*, (XIX)1, 13-21.  
[http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP15\\_1\\_04\\_%20art1.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP15_1_04_%20art1.pdf)
- Clarke, A., Friede, T., Putz, R., Ashdown, J., Martin, S., Blake, A., ... Stewart-Brown, S. (2011). Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *BMC Public Health*, 11(487), 1-9. DOI:10.1186/1471-2458-11-487
- Cooper, R. et al. (2014). Physical capability and subsequent positive mental wellbeing in older people: findings from five HALCYON cohorts. *AGE*, 36:445–456. DOI:10.1007/s11357-013-9553-8.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. DOI: 10.1207/s15327752jpa4901\_13
- Gómez, N. R., y Rodríguez, P. (2020). Estrés en docentes en el contexto de la pandemia de covid-19 y la educación, FENOB UNA. *Academic Disclosure UNA FENOB*, 1(1), 216-234. <https://revistascientificas.una.py/ojs/index.php/rfenob/article/view/150/124>
- Huppert, F.A., Baylis, N., y Keverne, B. (2004). Introduction: Why do we need a science of wellbeing? *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 359(1449): 1331-1332. DOI:10.1098/rstb.2004.1519.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lozano, F., Muñoz, C. F., y González, E. (2020). La tutela del derecho a la salud mental en época de pandemia. *Opinión Jurídica*, 19(40), 369-392. DOI:10.22395/ojum.v19n40a18

- Monterrosa-Castro, A., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M., y Flores-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2): 195-213. DOI: 10.29375/01237047.3890
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., y I DOLaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), 1-10. DOI:10.1590/0102-311X00054020
- Paricio, R., y Pando, M- F. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 37(2), 30-44. DOI:10.31766/revpsij.v37n2a4
- Pedraz-Petrozzi, B., Arévalo-Flores, M., Krüger-Malpartida, H., y Anculle-Arauco, V. (2020). *Traducción, adaptación y validación por expertos del Índice de Distrés Peri-traumático relacionado a la enfermedad por coronavirus 2019 (CPDI) para su uso en el Perú* (Preimpresión / Versión 1). SciELO. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.165
- Reyna, C., Ortiz, M. V., Mola, D. J., y Correa, P. S. (2020). ¿Cómo está afectando el COVID-19 la vida de los/as argentinos/as? Technical Report. DOI:10.13140/RG.2.2.35038.46403
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081. DOI: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Stewart-Brown, S., y Janmohamed, K. (2008). *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)*. User Guide. <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/user-guide.pdf>
- Ssw, N., Awy, L., Tks, L., Fsm, C., Aty, W., Rwt, L., y Dky, T. (2014). Translation and validation of the chinese version of the short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale for

patients with mental illness in Hong Kong. *East Asian Archives Psychiatry*, 24 (1), 3-9.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24676481/>

Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., ... Stewart-Brown, S.

(2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(63), 1-7. DOI:10.1186/1477-7525-

5-63

## CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES ESTUDIANTES Y SU RELACIÓN CON UN PROGRAMA PARA EVITAR LA CONDUCCIÓN PUNIBLE

**Jesús Tánori Quintana**

*Instituto Tecnológico de Sonora*

[orcid.org/0000-0002-6485-2267](https://orcid.org/0000-0002-6485-2267)

**José Ángel Vera Noriega**

*Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C.*

[orcid.org/0000-0003-2764-4431](https://orcid.org/0000-0003-2764-4431)

**Francisco Fernando Durazo Salas**

*TECNOESTATA SC*

[orcid.org/0000-0001-7229-6953](https://orcid.org/0000-0001-7229-6953)

### **Resumen**

Los modelos de salud actuales consideran la percepción de riesgo y control, y susceptibilidad como variables relacionadas con las intenciones comportamentales pro-saludables que mejoren su calidad de vida. El consumo de alcohol en jóvenes estudiantes es un comportamiento de riesgo y se exacerba cuando se trata de conducir un auto. El objetivo del estudio es evaluar las variables asociadas al consumo de alcohol dentro de un modelo de la teoría de acción planeada comparando grupos en términos de su conocimiento sobre el programa de conductor designado. Se estudió con una muestra de 838 jóvenes de preparatoria, donde el 54% son hombres y el resto (46%) son mujeres. Se utilizó un instrumento compuesto de las siguientes

medidas: Escala para medir la acción planeada, actitud y conocimiento del programa conductor designado, breve escala de Dependencia al Alcohol (BEDA). Se llevaron a cabo contrastes de hipótesis dicotómicas y politómicas, y un análisis de regresión para confirmar que la teoría de la acción planeada. Los resultados muestran que es probable que todos los jóvenes que ya han consumido alcohol vuelvan a hacerlo, sobre todo los jóvenes con más edad. Los jóvenes ya tienen un consumo de alcohol; los puntajes promedios de la intención de seguir bebiendo aumentan según el nivel de conocimiento sobre el programa. La intención de beber aumenta según la edad de los jóvenes. La creencia conductual percibida, creencias normativas, norma descriptiva, creencias conductuales son las variables con mayor poder explicativo para jóvenes que han y no han bebido. Se discuten los resultados del consumo de alcohol en términos de la teoría de acción planeada.

**Palabras clave:** teoría acción planeada, estudiantes de preparatoria, consumo de alcohol.

## Introducción

Según el Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2018), el consumo nocivo de bebidas alcohólicas representa uno de los factores de riesgo más importantes para la salud en todo el mundo, ya que está directamente asociado a diferentes trastornos mentales y comportamentales, así como a enfermedades no transmisibles y a traumatismos; además, el informe indica que a nivel mundial el 26.5% de los jóvenes de entre 15 y 19 años son consumidores.

En el caso de México, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRF] e Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2017) reporta que el 39.8% de los adolescentes de 12 a 17 años ha consumido alcohol en alguna ocasión (41.7% de los hombres y 37.9% de las mujeres), 8.3% lo ha hecho de manera excesiva durante el último mes y con una edad de inicio de 17



años o menos. Cifras que se han mantenido estables respecto de las presentadas en la consulta realizada en 2011 (INPRF e INDP, 2012).

En los estudios sobre consumo de alcohol (CA) con población adolescente se ha encontrado que iniciar temprano en el consumo (12-13 años) aumenta la probabilidad de desarrollar un patrón de consumo intensivo, o *binge drinking*, y de consumir drogas ilícitas (Rial, Golpe, Barreiro, Gómez e Isorna, 2020); identificándose, también, una cantidad significativamente más alta de CA en los jóvenes de 16 a 19 años, en comparación con los de menor edad (Díaz y Moral, 2018; Morales, Tuse-Medina y Carcausto, 2019).

En cuanto a los niveles de consumo por sexo, los resultados de las investigaciones han generado algunas inconsistencias. Por un lado, las diferencias han favorecido a los varones (Golpe, Isorna, Barreriro, Braña y Rial, 2017; Meneses et al., 2013); por otro lado, no han existido diferencias sustanciales en las comparaciones inter-sexo (Pérez et al., 2015; Vázquez et al., 2014), lo cual indica que en los últimos años se han observado patrones de consumo más o menos similares entre chicos y chicas.

Se han identificado varios factores que intervienen tanto en el consumo como en la capacidad del joven para percibir el riesgo que conlleva beber. Algunos de los factores de riesgo más relevantes se ubican en el entorno inmediato del adolescente, entre los más señalados se encuentran el consumo familiar (padres y/o hermanos) y tener amigos bebedores, este último se asocia, a su vez, con la baja resistencia a la presión del grupo; varios estudios informan que estas variables influyen tanto en la frecuencia como en la intensidad del CA (Musitu, Suárez, Del Moral y Villareal, 2015; Pérez, Soler, Pérez y González, 2016; Pilatti, Brussino y Godoy, 2013; Villareal, Sánchez y Muistu, 2013).

Otros factores de importancia se refieren a la baja percepción de riesgo y a las expectativas positivas ante el CA; se ha observado que sobrevalorar los efectos positivos de beber (divertirse, sentirse sociable, relajarse) y minimizar sus consecuencias negativas (daños a

la salud, resaca, desarrollar dependencia) se asocian a un mayor consumo en los jóvenes (Méndez, Alonso, Alonso, Uribe y Armendáriz, 2015; Obradors, Ariza y Muntaner, 2014).

De acuerdo con Suárez, Del Moral, Martínez y Musitu (2017), estas creencias y expectativas están relacionadas con cuatro aspectos que describen en su estudio: (a) *pensamiento adolescente*, ligado a la visión de inmediatez y a la sensación de invulnerabilidad; (b) *normas sociales*, la existencia de un consumo extendido y normalizado en la sociedad; (c) *modelos sociales*, contradicción entre lo que los padres hacen y dicen respecto del CA y su presentación en los medios con pocos o nulos efectos perjudiciales; y (d) *discurso preventivo*, se pone el acento casi exclusivamente en los riesgos a largo plazo, lo que no empata con la visión a corto plazo de los adolescentes.

Por otro lado, Albarracín y Muñoz (2008) estudiaron las variables relacionadas con el CA en jóvenes universitarios, en un estudio descriptivo transversal considerando el ámbito de los participantes, en los sitios de convivencia natural y llevando a cabo una valoración intencional de la conducta a los factores de exposición. Indagaron sobre situaciones personales: emociones negativas, malestar físico, emociones positivas, probando autocontrol y urgencia por consumir. Situaciones que involucran a terceras personas: conflictos con otros, presión social, momentos agradables. Se encontró un alto CA relacionada con el contexto de casa.

Tanto en los estudios sobre programas de prevención como sobre los factores asociados al consumo se observan como variables que intervienen, el contexto de consumo, la cantidad, los motivos, el autocontrol, las emociones y hasta la cultura misma. Por lo que se hacen necesarios modelos que incluyan tomen en cuenta estas variables, además de otras relacionadas con las habilidades y conocimientos de los adolescentes sobre el riesgo de consumir bebidas alcohólicas y otras drogas, para esto existen algunas teorías en psicología de la salud, una de las más probadas y efectivas es la de la acción planeada (Fishbein y Ajzen, 1975).

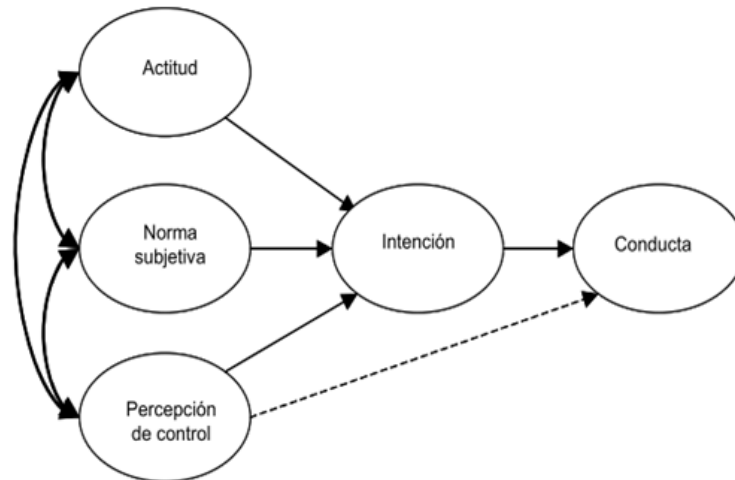
En la Figura 1 se representan las variables relacionadas con la teoría de acción planeada (Feather, 1992). En el modelo se establece que la percepción de control y la intención conductual son las variables que se relacionan con el desarrollo de la conducta. Por otro lado, la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control se asocian a la intención conductual. La teoría de la acción planeada supone que los valores y las expectativas son independientes. No solo los sujetos tienen dificultades para responder a veces a las estimaciones probabilísticas, si no que tienden además a asociar la valoración y la certeza.

La teoría asume que la intención conductual sobre una conducta tiene una alta probabilidad de predicción sobre dicho comportamiento, sin embargo, las intenciones dependen en su estructura y funcionalidad de otras variables en un modelo de senderos, de tal forma que las actitudes y normativas que se relacionan con la intención son parte integral del modelo de explicación (Fishbein y Ajzen, 1975).

Para evaluar las posibilidades explicativas de la teoría de la acción planeada en el consumo de drogas ilícitas, Rodríguez, Díaz, García, Guerrero y Gómez (2007) llevaron a cabo una investigación con estudiantes de secundaria de la Ciudad de México. En los resultados reportan que los estudiantes que han consumido drogas mantienen una actitud más positiva, en comparación con los que no han consumido. El modelo de análisis de regresión lineal obtuvo una  $r$  cuadrada de 0.38 de explicación para la intención de uso de drogas, cuando se integraron los componentes adicionales de norma subjetiva. La variable intención de usar drogas es la que mejor predice el control conductual. Adicionalmente, en el análisis de regresión logística la intención es también el mejor predictor del uso de drogas propiamente dicho.

## Figura 1

### Modelo de la Teoría de Acción Planeada



*Nota.* Tomada de From intentions to actions: A theory of planned behavior por I. Azjen (1985) En En J. Khul y J. Beckmann (Eds.), Action control from cognition to behavior (pp. 10-39). Berlin: Verlag.

Otro estudio que utiliza como base a la teoría de la acción planeada es el realizado por López, Villar, Alonso, Alonso y Rodríguez (2013), con el propósito de conocer las diferencias en las actitudes hacia al CA entre estudiantes consumidores y no consumidores de escuelas secundarias de Nuevo León, México. Los autores evaluaron las creencias conductuales hacia el consumo y la valoración positiva o negativa que se les otorgaba; identificando que los participantes que ya han consumido bebidas alcohólicas obtuvieron medias significativamente más altas en creencias conductuales y en las creencias en sentido positivo.

Todo lo descrito hasta aquí nos deja ver que los adolescentes son especialmente susceptibles a las consecuencias dañinas CA, considerando que atraviesan por una etapa que implica un proceso de maduración cognitiva y grandes cambios, tanto emocionales como conductuales; por lo que es de suma importancia prestar atención y dirigir las acciones a este

grupo etario, para evitar afectaciones presentes y futuras (López et al., 2014; Rodríguez, Sanchiz y Bisquerra, 2015).

El presente estudio se enfoca en jóvenes entre 15 y 19 años, estudiantes de educación media superior; la selección de esta población se fundamenta en lo argumentado anteriormente, es una población vulnerable, que muy probablemente esté iniciando o por iniciar el CA o alguna otra droga. El contexto del estudio es el municipio de Hermosillo, que cuenta con una amplia población adolescente que está inserta en algún sistema educativo. El escenario del estudio es el Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Sonora (CECyTES) por considerar a su población en riesgo, debido a que la mayoría de los planteles se ubican en zonas urbanas marginales, cuyos estudiantes pertenecen a estratos socioeconómicos bajos.

El objetivo del estudio es evaluar las variables asociadas al CA dentro de un modelo de la teoría de acción planeada comparando grupos en términos de su conocimiento sobre el programa de conductor designado.

## **Método**

### **Características de la Muestra**

La muestra es no probabilística y estuvo compuesta por 838 estudiantes de educación media superior del subsistema CECyTES del municipio de Hermosillo, incluyendo alumnos de los tres semestres pares; segundo, cuarto y sexto, según cuotas establecidas para facilitar la captación de un mayor número de usuarios de bebidas con alcohol. De estos alumnos, el 43.4% estudian en una zona mixta suburbana, tendiente a lo rural del municipio, y el resto (56.6%), dentro del casco urbano. Donde el 54% son hombres y el resto (46%) son mujeres, de los cuales en general el 34.5% estudia y trabaja.

### **Instrumento**

Se utilizó un cuestionario compuesto por varias escalas y subescalas que, a grosso modo, tienen que ver con las creencias sobre las consecuencias del uso de bebidas con alcohol, conocimiento y actitud sobre el programa de conductor designado y dos escalas que

determinan la dependencia al alcohol y problemas derivados del mismo consumo de la sustancia. Además, se tienen algunas preguntas atributivas de los jóvenes, tales como: ocupación, sexo, red social que más utiliza. En seguida se describen las dimensiones y propiedades métricas de las diferentes escalas que conforma el cuestionario:

Escala para medir la acción planeada. Basada en el cuestionario de Rodríguez-Kuri, Díaz-Negrete, García, Guerrero y Gómez (2007), contiene ocho apartados, en donde descansan los distintos elementos de la teoría de la acción planeada: creencias conductuales asociadas al CA, los valores que se atribuyen a las creencias, las normas como creencias respecto al uso de del alcohol, motivos para obedecer a las expectativas normativas, norma personal y descriptiva (como componentes adicionales de la variable de norma subjetiva) y las oportunidades del joven para consumo y control conductual percibido en tales circunstancias. Donde el análisis factorial arrojó 16 factores apegados al modelo teórico, con una varianza explicada de 59%, y un índice de consistencia interna de 0.91; siendo estas últimas propiedades adecuadas para el uso del instrumento.

Actitud y conocimiento del programa conductor designado. Este apartado se elaboró a través de los elementos y criterios en los que se fundamenta el programa de conductor designado, consta de 10 reactivos elaborados con opciones de respuesta tipo Likert, dónde se rescata la actitud de *acuerdo-desacuerdo*, además, se dilucida el conocimiento que se pueda tener sobre el programa. Esta subescala resultó, como teóricamente fue diseñado, con dos componentes, uno negativo y otro positivo; explica el 65.4% de la varianza y un índice de consistencia interna de 0.89.

Breve escala de Dependencia al Alcohol (BEDA). La versión que se utilizó es la de Echeverría, Ruiz, Tiburcio y Ayala (2007), proponen en un manual para la detección temprana de bebedores problema; consta de 15 reactivos que se responden en un continuo de *nunca – casi siempre*, donde el objetivo primordial de la escala es medir la dependencia en jóvenes. Los autores reportan, sin poner los resultados ni valores, que el BEDA cuentan con estabilidad en lo

referente a las propiedades métricas se refiere: validez y confiabilidad. Mencionan que tiene la prueba test-retest. A reserva que ya precedan en otro estudio pondremos, a manera de aporte, lo que resultó en nuestra muestra: la varianza explicada resultó de 54.33% y un índice de consistencia interna de 0.91; entonces, sí cumplió con los requisitos de aplicabilidad a la población escogida de jóvenes preparatorianos.

### **Procedimiento**

La información fue levantada mediante la aplicación grupal del cuestionario en seis escuelas situadas en zonas urbanas y suburbanas de Hermosillo, Sonora. La intención de tener una parte de la muestra suburbana es que las características de los jóvenes en esas zonas aparentemente son de mayor vulnerabilidad que la de los otros jóvenes, esto tomado desde una visión de un modelo selectivo, donde se dice que los jóvenes por sí mismos son un grupo vulnerable de la sociedad (Ocampo, Bojorquez y Unikel, 2012).

*Procedimiento de análisis de datos:* (a) se elaboraron las estructuras de las bases de datos en SPSS apoyándonos en las escalas de medición. Se utilizó un escáner laser para la captura de las hojas electrónicas de respuesta, inicialmente en una hoja de Excel; (b) se indagó que no hubiera sesgos de respuesta, se imputaron valores perdidos con el método de regresión; (c) se llevaron a cabo análisis descriptivos para observar la distribución de algunas variables. Se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax para conocer la estructura factorial de las escalas con el fin de establecer la propiedad del uso de las diferentes escalas a la muestra seleccionada. En general todas cumplieron con los criterios métricos mínimos de validez y confiabilidad; y (d) se llevaron a cabo contrastes de hipótesis dicotómicas y politómicas para las comparaciones entre diferentes grupos. Se llevó a cabo un análisis de regresión, para confirmar que la teoría de la acción planeada es sensible a la explicación de la intención de consumir o mantener el CA dentro de los jóvenes estudiantes del subsistema CECyTES del municipio de Hermosillo.

## Resultados

La *intención* como variable que le precede a la conducta se ha tornado más importante que la ejecución misma del comportamiento, y contextualizada con los elementos del modelo de la acción planeada, pondera y da un valor a las variables atributivas de los jóvenes. En este caso se tomarán en cuenta diferentes variables atributivas, psicológicas y legales, y entablar en hipótesis de tipo estadística para entender y reconocer qué grupos son los que podrían estar haciendo la diferencia o están involucradas con la intención de ingerir bebidas con contenido etílico, si no lo han hecho y de volverlo hacer si ya lo han hecho.

### Pruebas de hipótesis

*Pruebas para dos grupos independientes (t de Student).* Una de las dudas a disipar es si existen diferencias entre los jóvenes que tienen la posibilidad de manejar, qué tan interesados están en beber alcohol los que no han bebido y los que ya lo hicieron si lo quieren mantener o no. La media teórica de la variable *intención* es de 2.5, lo que indica que un valor medio o absoluto mayor a él, es tendiente a querer hacerlo o mantenerlo a la intensidad que lo ha venido haciendo, hablando de la ingesta de alcohol.

En el caso de la intención de los que aún no han bebido no hay diferencias entre los que manejan o no conducen un automóvil. En cambio, en el caso de los que ya han tomado y manejan sí la hay, la media más alta es el grupo que sí conduce. Es decir, los que conducen un automóvil y han bebido se sienten con la seguridad de seguir haciéndolo en la medida en que lo han hecho. Dato preocupante, en un sentido clínico y legal, ya que perciben el manejar, tal vez, como algo prudente y posible (Tabla 1).

En el caso complementario de los jóvenes que cuentan o no con algún permiso legal para conducir un automóvil, resultó que en la intención de las personas que no han bebido aun, los que tienen o no licencia se mantiene justo por debajo de la media teórica, lo que nos indica que ellos no pretenden tomar, no hay diferencia entre el grupo que tiene licencia o no. En cambio, para el caso de los jóvenes que sí han bebido, sí hay diferencia entre los que sí tienen



o no el permiso para conducir. En la Tabla 2 podemos observar que la intención promedio de los que sí tienen licencia es de 3.20 mayor que los que no cuentan con la licencia para manejar un carro; tendiendo a indicar que los estudiantes se sienten seguros con el documento legal y mantienen la intención de seguir bebiendo.

**Tabla 1**

*Valores t de Student. Maneja carro e intención de beber*

Variable	Sí maneja			No maneja			t	p
	Media	D. E.	n	Media	D. E.	n		
Intención de beber de los que no lo han hecho	2.47	1.28	230	2.28	1.20	357	1.74	.08
Intención de volver a beber	3.03	1.43	300	2.70	1.38	405	3.04	.00

**Tabla 2**

*Valores t de Student. Licencia o permiso de conducir e intención de beber*

Variable	Con licencia			Sin Licencia			t	p
	Media	D. E.	n	Media	D. E.	n		
Intención de beber de los que no lo han hecho	2.25	1.25	56	2.37	1.23	532	-.682	.49
Intención de volver a beber	3.20	1.49	64	2.80	1.40	642	2.17	.03

Se realizó otra prueba *t* de Student para muestras independientes con el fin de comparar las medias obtenidas por hombres y mujeres en referencia a la intención de beber. En la Tabla 3 se observa una diferencia significativa en el contraste por sexo en el caso de la intención de beber por parte de los jóvenes que no lo han hecho, donde los hombres tienen un valor de media más alto que las mujeres, lo cual indica que la probabilidad de iniciar el CA aumenta si se es hombre.

En el caso de la intención de volver a beber por parte de los jóvenes que ya han consumido bebidas alcohólicas, podemos apreciar que no existe diferencia significativa por sexo; sin embargo, los puntajes de hombres y mujeres superan la media teórica (2.5), lo anterior hace suponer que existe la misma probabilidad de volver a beber independientemente del sexo (Tabla 3).

**Tabla 3**

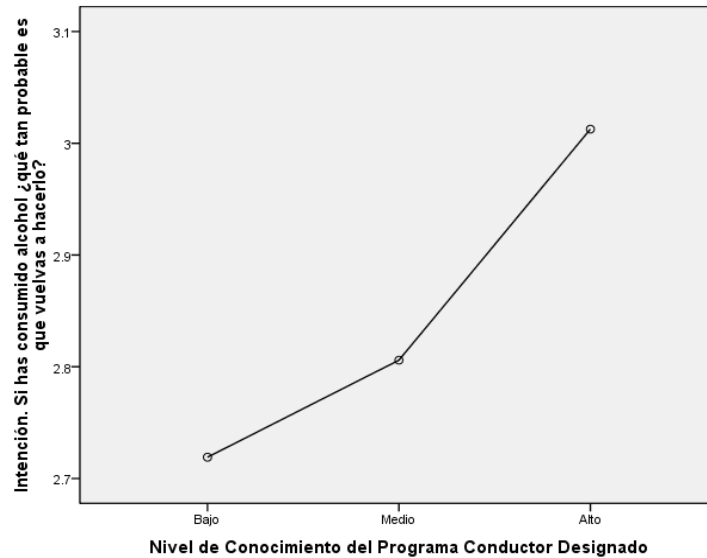
*Valores t de student por sexo para la intención de beber*

Variable	Hombres			Mujeres			t	p
	Media	D. E.	n	Media	D. E.	n		
Intención de beber de los que no lo han hecho	2.48	1.26	317	2.20	1.19	261	2.66	.00
Intención de volver a beber	2.89	1.42	397	2.78	1.14	268	1.06	.28

*Análisis de varianza (ANOVA).* Un elemento fundamental del presente trabajo es el conocimiento y la actitud que puedan tener los jóvenes sobre el programa *conductor designado*. Aquí la tendencia es en crecimiento (Figura 1), la idea de tener mayor nivel de conocimiento sobre el programa preventivo aumenta la actitud de seguir consumiendo en el caso de que ya hayan consumido bebidas alcohólicas. En el otro caso, las personas que no han bebido los puntajes medios no resultaron significativas para los tres niveles de conocimiento. Entonces, cuando los jóvenes ya tienen un CA los puntajes promedios de la intención de seguir bebiendo aumentan según el nivel de conocimiento sobre el programa. Por lo que esta medida preventiva sí puede estar cumpliendo con su objetivo de decrementar los accidentes por causa de conductores punibles, pero, por otro lado, está reforzando la práctica de consumo en los que no manejan (Tabla 4).

**Figura 2**

*Nivel de conocimiento del programa conductor designado y la intención de seguir bebiendo*



**Tabla 4**

*Anova. Nivel de conocimiento del programa conductor designado y la intención*

	Nivel de conocimiento	n	Media	D.S	F	p
Intención. Si no has consumido alcohol	Bajo	271	2.31	1.251	.934	.39
	Medio	139	2.48	1.212		
	Alto	178	2.33	1.233		
	Total	588	2.36	1.236		
Intención. Si has consumido alcohol	Bajo	299	2.72	1.466	2.93	.05
	Medio	170	2.81	1.356		
	Alto	237	3.01	1.370		

	Nivel de conocimiento	n	Media	D.S	F	p
Intención. Si no has consumido alcohol	Bajo	271	2.31	1.251	.934	.39
	Medio	139	2.48	1.212		
	Alto	178	2.33	1.233		
	Total	588	2.36	1.236		
Intención. Si has consumido alcohol	Bajo	299	2.72	1.466	2.93	.05
	Medio	170	2.81	1.356		
	Alto	237	3.01	1.370		
	Total	706	2.84	1.412		

Se llevó a cabo otro análisis ANOVA para determinar diferencias por edad respecto a la intención de beber de los jóvenes que no lo han hecho. De acuerdo con la Tabla 5, los jóvenes de 15 años son los que generan diferencias estadísticamente significativas, siendo el grupo con la media más baja (2.06), en contraste con los jóvenes de 19 años, los cuales obtienen la media más alta (2.82). Podemos observar que la intención de beber aumenta o disminuye según la edad de los jóvenes. Tomando en cuenta los valores de media mostrados en la Tabla 5, es menos probable que los jóvenes de 15 y 16 años se inicien en el CA que los jóvenes de entre 17 y 19 años. Esta tendencia también puede apreciarse en la Figura 2.

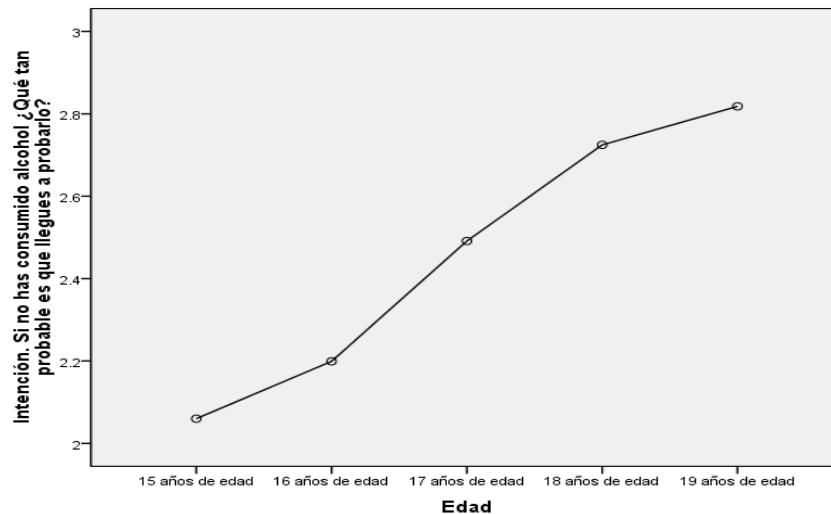
**Tabla 5**

*Anova. Edad para la intención de beber de los jóvenes que no lo han hecho*

Edad	Media	D. E.	n	F	p
15 años	2.06	1.09	50	4.76	.001
16 años	2.20	1.20	276		
17 años	2.49	1.22	171		
18 años	2.72	1.40	69		
19 años	2.82	1.26	22		

### Figura 3

*Distribución de medias por edad para la intención de beber*



En la Tabla 6 se presenta el ANOVA por grupos de edad para la intención de volver a beber. En dicha tabla se puede apreciar que existe una diferencia significativa, donde los jóvenes de 15 años son los que obtienen la media más pequeña (2.56), por su parte los de 19 años alcanzan la media más alta (3.48). La tendencia que se observa aquí es similar a la observada en el análisis anterior (Tabla 5), en este caso hablamos de la intención de volver a beber, la cual también aumenta con la edad. Otro dato que podemos extraer de la Tabla 6, es que la media en todos los grupos de edad es mayor a la media teórica, por lo que es probable que todos los jóvenes que ya han consumido alcohol vuelvan a hacerlo, sobre todo los jóvenes con más edad. La distribución de los puntajes respecto a la intención de volver a beber se presenta también en la Figura 3.

Se encontraron, además, diferencias referentes a la intención de volver a beber según el nivel de dependencia al alcohol reportada por los jóvenes. En la Tabla 7 podemos apreciar que el grupo no dependiente tiene una media menor –y por ende los que tienen mayor probabilidad de controlar su forma de beber– en relación a los grupos con niveles de dependencia bajo y medio –quienes tendrían más dificultad para controlar su forma de beber–.

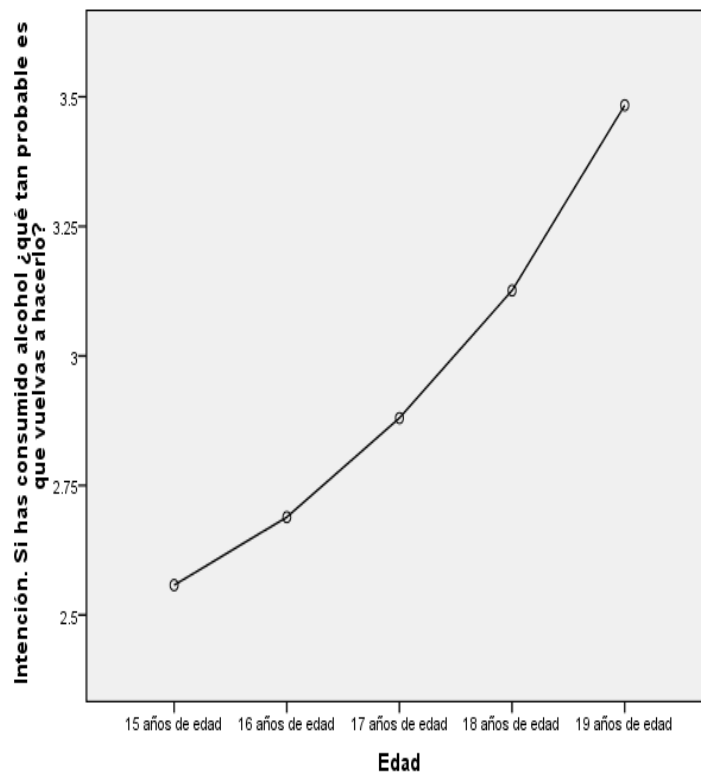
**Tabla 6**

*Análisis de varianza por edad para la intención de volver a beber*

<b>Edad</b>	<b>Media</b>	<b>D. E.</b>	<b>n</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
15 años	2.56	1.58	52	4.05	.003
16 años	2.69	1.35	286		
17 años	2.88	1.41	242		
18 años	3.13	1.42	95		
19 años	3.48	1.39	31		

**Figura 4**

*Distribución de medias por edad para la intención de volver a beber.*



**Tabla 7**

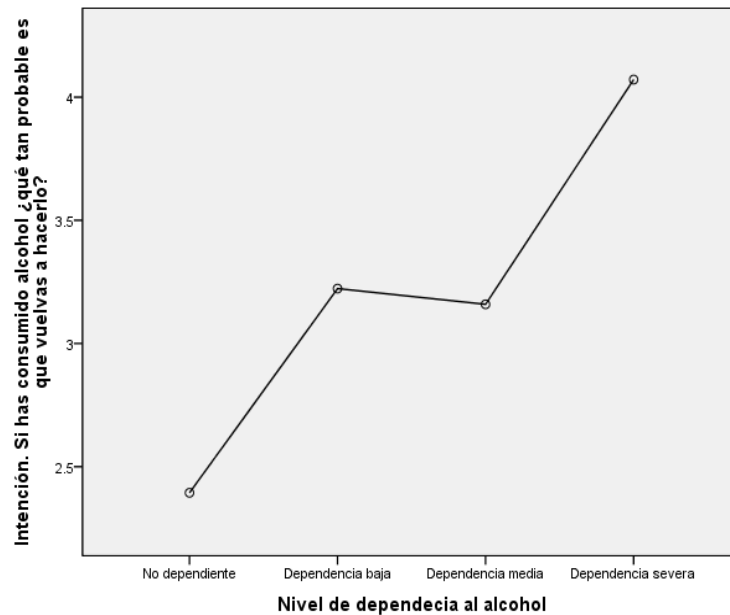
*Análisis de varianza por nivel de dependencia para la intención de volver a beber*

<b>Nivel de dependencia</b>	<b>Media</b>	<b>D. E.</b>	<b>n</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
No dependiente	2.39	1.36	335	31.47	.000
Dependencia baja	3.22	1.30	269		
Dependencia media	3.16	1.48	88		

Cabe señalar que existe un cuarto grupo con dependencia severa, el cual no fue incluido en el presente análisis ya que solo está conformado por 14 sujetos, por lo que resulta muy pequeño para ser incluido en los análisis paramétricos. En la Figura 4 se muestra la distribución de los puntajes medios obtenidos por los cuatro grupos respecto a la intención de volver a beber.

**Figura 5**

*Distribución de medias por nivel de dependencia para la intención de volver a beber*



## Análisis de Regresión

Se llevó a cabo un análisis de regresión por pasos para cuantificar la relación entre las variables predictoras; creencia conductual percibida propiamente, creencia conductual percibida, creencias normativas, norma descriptiva, creencias conductuales y la variable criterio intención de CA. Para el modelo de jóvenes que no han bebido alcohol resultaron significativos y en interacción explican el 29% de la varianza de la intención de beber alcohol, la creencia conductual percibida propiamente, creencia conductual percibida y creencias normativas. El valor del estadístico Durbing-Watson es de 1.97, el cual nos indica que existe independencia entre los residuos.

Por otro lado, continuando con los criterios de ajuste de la regresión, la prueba ANOVA obtenida muestra que la R es mayor a cero y en concordancia las variables involucradas están linealmente relacionadas ( $F= 84.51$ ;  $p= .000$ ). La media cuadrática residual fue igual a .70 indicando la parte de la variabilidad de la variable predictora que no es explicada por la recta de regresión de los residuos.

El modelo de regresión lineal múltiple resultó de la siguiente manera: Intención de beber alcohol en no bebedores =  $.33 + .29$  (Creencia conductual percibida propiamente) +  $.27$  (Creencia conductual percibida) +  $.10$  (Creencias normativas). La colinealidad fue de .68 obtenido a través del índice de condición obtenido en el diagnóstico de colinealidad.

La variable que tiene mayor importancia explicativa es la creencia conductual percibida propiamente con un valor beta de .29, mientras que creencia conductual percibida tiene un valor beta de .27 y creencias normativas .11. Las variables predictivas cumplen con niveles de significancia menores a .05, esto quiere decir que de manera significativa contribuyen a explicar la intención de beber.

Para el modelo de jóvenes que han bebido alcohol resultaron significativas y en interacción explican el 30% de la varianza de la intención de beber alcohol, creencia conductual percibida propiamente, creencia conductual percibida, creencias normativas, norma descriptiva,



creencias conductuales. La independencia de los residuos fue de valor Durbing-Watson de 1.88, el cual nos indica que existe independencia entre los residuos.

De igual manera el modelo contrasta la hipótesis a través de la prueba ANOVA de que la R es mayor a cero y en concordancia las variables involucradas están linealmente relacionadas ( $F= 63.48$ ;  $p= .000$ ). La raíz cuadrada de la media cuadrática residual es igual a .689 y se refiere a la parte de la variabilidad de la variable predictora que no es explicada por la recta de regresión de los residuos.

El modelo de regresión múltiple resultó de la siguiente manera: intención de beber alcohol en bebedores =  $-.35 + .27$  (Creencia conductual percibida propiamente) +  $.17$  (Norma subjetiva) +  $.10$  (Creencia conductual percibida) +  $.11$  (Creencias normativas) +  $.10$  (Creencia Conductual). La colinealidad fue de .63 obtenido por el índice de condición indicando que no existe problema de colinealidad.

La variable que tiene mayor importancia explicativa es la creencia conductual percibida con un valor beta de .27, mientras que la norma subjetiva .17, creencia conductual percibida propiamente tiene un valor beta de .11, creencias normativas .12 y creencia conductual .10. Finalmente, todas las variables contribuyen de manera importante a explicar la intención de consumir alcohol

El valor negativo de la ordenada al origen indica que la intención de beber en los jóvenes que ya beben tiene una probabilidad mayor que en los que no beben y, por otro lado, el número de variables que se relacionen con su intención es mayor, indicando que es prudente manejar programas preventivos con los no bebedores que cuentan con tres variables importantes en el modelo que tratar de resolver malos hábitos de CA que diversifica el número de variables que la predicen, todos con valores positivos.

### **Discusión y Conclusiones**

El reconocer que existen variables anexas a las de índoles económicas en referencia a las conductas de riesgo en jóvenes es importante para cualquier programa de atención grupal.

Enseguida, se puntualizan algunas cuestiones de importancia para dicha acción: (a) Se observa que el ser hombre posibilita la probabilidad de beber si no lo ha hecho y seguirlo haciendo en mayor intensidad si ya lo hace (Golpe et al., 2017; Meneses et al., 2013), dicha situación es preocupante, como dato clínico, pero se debe de tomar en cuenta y generalizarlos y sacarlo de un aporte desde una psicología clínica a una situación más contextualizada de intervención psico-social; (b) la posibilidad de que un joven empiece a beber o que se mantenga, aumenta si este joven ya maneja un automóvil, además, los jóvenes que cuentan con algún permiso o licencia para conducir son los que ya están bebiendo y pretenden seguir haciéndolo; y (c) los estudiantes que cuentan con un nivel alto de conocimiento del programa y ya han bebido son los que resultaron más propensos a seguir haciéndolo; entonces, el dato puntual dentro de los jóvenes que ya beben alcohol es que, entre mayor conocimiento del programa, mantienen una intención por arriba de la media teórica de seguir consumiendo alcohol.

La edad es otra variable que resultó con diferencias significativas, aquí la tendencia es en aumento para los dos casos: entre más edad tenga más es la prevalencia de tener la intención de beber si no lo han hecho y de seguir consumiendo alcohol si ya lo hicieron (Díaz y Moral, 2018; Morales et al., 2019). Entonces, es un dato que no se puede descartar y, en este caso, tener una medida para jóvenes que van ingresando a las preparatorias y otra cuando van saliendo y considerar las variables por edad o grupos de edad.

Un dato por demás preocupante es que el 60% de estos jóvenes encuestados presentan por lo menos dependencia leve al alcohol. A reserva de revisar esta información para confirmarla, pero con base en los datos obtenidos por una prueba válida y confiable, se puede alentar el diseño de un programa emergente de salud pública, dirigido a este grupo de jóvenes.

Atendiendo directamente a los componentes de los dos modelos de regresión, podemos decir que la percepción de control, es decir, qué tanto el sujeto siente que controla su comportamiento de beber, es la variable más significativa, debido a que la persona piensa que puede llegar a controlar su forma de beber, aunque en realidad no lo haga; esta situación es

una característica propia de los jóvenes, al igual que la impulsividad, este dato coincide con el trabajo de López, et al., 2013, donde el modelo de la acción planificada, se observa que ese componente tiene una relación que pudiera no pretender primero la intención, la línea punteada de la Figura 1, que es la percepción de control, nos indica que la intención puede pasar a un segundo plano y hacerlo porque se siente capaz, lo que se torna peligroso cuando se trata de un comportamiento de riesgo para la salud personal y que pudiera traer consecuencias a los demás, dato que coincide con el consumo de drogas ilícitas del trabajo Rodríguez, et al., 2007.

A manera de conclusión, se advierte que la intención de beber en los adolescentes con historial de consumo de alcohol tiene una alta posibilidad de repetir acción, ante de los jóvenes sin historial de consumo. Que el conocimiento del programa sobre el conductor designado está dirigido a prevenir accidentes, no así para el comportamiento y consecuencias del consumo de bebidas con contenido etílico.

Cabe mencionar que, el diseño del presente estudio resulta ser una limitante, ya que se trabajó con algo que no se aplicó de manera directa, por lo que se sugiere realizar una intervención psicosocial, donde se les dé información de las consecuencias del consumo desmedido de bebidas embriagantes y el uso de diferentes drogas.

## **Referencias**

Albarracín, M. y Muñoz L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *LIBERABIT*,14, 49-61.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a07v14n14>

Ajzen, I. (1985), From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Khul y J.

Beckmann (Eds.), Action control from cognition to behavior (pp. 10-39). Berlin: Verlag

Díaz, N. y Moral, M. (2018). Consumo de alcohol, conducta antisocial e impulsividad en adolescentes españoles. *Acta Colombiana de Psicología*, 21 (2), 110-120. DOI:

10.14718/ACP.2018.21.2.6

- Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, T., y Tiburcio, S. (2004). *Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Curso de capacitación para profesionales de la salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Feadher N. (1992). *Expectation and Action*. Hillsdale: Erlbaum
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to Theory and Research*. Massachusetts: Addison-Wuesly Publishing Company.
- Golpe, S., Isorna, M., Barreriro, C., Braña, T., y Rial, A. (2017). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*, 29(4), 256-267. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/932>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz e Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones*. Ciudad de México: Secretaría de Salud. <https://encuestas.insp.mx/ena/>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz e Instituto Nacional de Salud Pública. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte alcohol*. Ciudad de México: Secretaría de Salud. <https://encuestas.insp.mx/ena/>
- López, E., Mota, N., Crego, A., Velásquez, T., Corral, M., Rodríguez, S., Cadaveira, F., (2014). Anomalías neurocognitivas asociadas al consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes y adolescentes: Una revisión. *Adicciones*, 26(4), 334-359. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289132934002>
- López, M., Villar, M., Alonso, M., Alonso, M., y Rodríguez, L. (2013). Actitud ante el consumo y no consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria – México. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(4), 815-21. DOI: 10.1590/S0080-623420130000400007
- Martínez-Martínez, K. (2007). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Ciudad de México: Gobierno Federal, Secretaria de Salud.

- Meneses, C., Markez, I., Romo, N., Uroz, J., Rua, A., y Laespada, T. (2013). Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 525-535. DOI: 10.4321/S0211-57352013000300005
- Méndez, M., Alonso, M., Alonso, M., Uribe, J., y Armendáriz, N. (2015). Relación de percepción de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, 11(3), 161-7. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v11i3p161-167
- Morales, J., Tuse-Medina, R., y Carcausto, W. (2019). Consumo de alcohol y drogas ilícitas en adolescentes preuniversitarios. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(3). <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/878/262>
- Musitu, G., Suárez, C., Del Moral, G., y Villareal, M. (2015). El consumo de alcohol en adolescentes: el consumo en la familia y amigos. *Búsqueda*, (14), 45-61.
- Obradors, N., Ariza, C., y Muntaner, C. (2014). Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 381-385. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.04.004
- Ocampo, R., Bojorquez, L., y Unikel, C. (2012). Disordered eating behaviors and binge drinking in female high-school students: the role of impulsivity. *Salud Mental*, 35(2), 83-89. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=34000>
- Pérez, M., Gázquez, J., Molero, M., Cardila, F., Martos, A., Barragán, A., ... Mercader, I. (2015). Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3), 371-382. DOI: 10.1989/ejihpe.v5i3.139

- Pérez, E., Soler, Y., Pérez, R., y González, G. (2016). Factores de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. *Multimed*, 20(2), 308-321. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66160>
- Pilatti, A., Brussino, S., y Godoy, J. (2013). Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un path análisis prospectivo. *Revista de Psicología*, 22(1), 22-36. DOI: 10.5354/0719-0581.2013.27716
- Rial, A., Golpe, S., Barreiro, C., Gómez, P., e Isorna, M. (2020). La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*, 32(1), 52-62. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1266>
- Rodríguez, S., Díaz, D., García, S., Guerrero, J., y Gómez, E. (2007). Capacidad predictiva de la teoría de la conducta planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 68-81. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n1/0185-3325-sm-30-01-68.pdf>
- Rodríguez, F., Sanchiz, M., y Bisquerra, R. (2015). Consumo de alcohol en la adolescencia. Consideraciones médicas y orientaciones educativas. *Salud Mental*, 37(3), 255-260. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50570>
- Suárez, C., Del Moral, G., Martínez, B., y Musitu, G. (2017). Baja percepción de riesgo en el consumo de alcohol en adolescentes españoles. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7). DOI: 10.1590/0102-311X00129716
- Vázquez, M., Muñoz, M., Fierro, A., Alfaro, M., Rodríguez, M., y Rodríguez, L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 16, 125-134. DOI: 10.4321/S1139-76322014000300005
- Villareal, E., Sánchez, J., y Muistu, G. (2013). Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12(3), 857-873. DOI: 10.11144/Javeriana.UPSY12-3.apca

World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Ginebra:

Autor. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

# LA ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON LA ADQUISICIÓN DE APRENDIZAJES EN EDUCACIÓN SUPERIOR

**José Edgar Correa Terán**

*Universidad Pedagógica Nacional, Unidad 144,*

<https://orcid.org/0000-0003-3700-9095>

## **Resumen**

El objetivo general es describir la relación entre la ansiedad y la adquisición de aprendizajes en estudiantes de la licenciatura en intervención educativa (LIE) de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) Unidad 144 de Ciudad Guzmán, Jal. El método de investigación fue descriptivo (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018) y el enfoque mixto (Creswell, 2009). Se utilizaron como instrumentos de investigación cuestionarios estructurados aplicados a docentes y estudiantes, además de registros etnográficos mediante la observación participante (Bertely, 2000), durante las sesiones de clases. Con los resultados se corroboró que los estudiantes padecen ansiedad, que afecta de manera negativa a diferentes aspectos de su desempeño académico tales como tareas intelectuales complejas, trabajo colaborativo, exposiciones orales, exámenes de conocimientos, participación activa en clases, entre otros. Asimismo, se identificó que el factor de personalidad es considerado la causa principal de la ansiedad, sin embargo, también se determinó que el docente es uno de los factores más importantes para su apareamiento.

**Palabras clave:** Competencias, tareas intelectuales, expresión oral, aptitud escolar, intervención docente.

## **Introducción**

Belloch (1995) y Rojas (2004), definen a la ansiedad como el estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenaza,



acompañadas de activación del sistema nervioso autónomo. Bertoglia (2005) complementa que es una alteración psicológica presentada en los individuos cuando después de evaluar una tarea, determinan sus limitantes o incapacidad por realizarla, y esto repercute a que no se cumplan sus objetivos como lo tenían pensado.

La ansiedad se concibe como un trastorno psicológico (Bertoglia, 2005; Rojas, 2004) que representa un obstáculo para la adquisición de las competencias correspondientes al perfil de egreso de la LIE (UPN 2002; UPN 2018); y, a su vez, para la adquisición de los aprendizajes referidos a los programas indicativos de las diversas asignaturas que conforman el mapa curricular.

En el documento rector de la LIE (UPN 2018) se menciona que los aprendizajes esperados en los estudiantes son significativos, en la medida que pueden transferirlos de la escuela a su vida cotidiana (Ausubel 2001; Ausubel 2006; Díaz Barriga y Hernández, 2010). Este tipo de aprendizaje significativo escolar, entre otros aspectos, suele estar condicionado por la motivación del estudiante, niveles de comprensión del conocimiento, participación activa, uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y las relaciones entre los docentes y estudiantes en el contexto escolar (Ausubel 2001; Ausubel 2006).

A su vez; Álvarez (2001), Beltrán (2000) y el Centro de Evaluación Psicológica (1999), señalan que en algunas situaciones o casos no se logra la adquisición de aprendizajes significativos en la escuela, uno de los obstáculos es cuando el estudiante presenta trastornos emocionales entre los que destacan el estrés, ansiedad, depresión y conductas impulsivas; los cuales impiden la expresión de una actitud favorable para desempeñarse de manera adecuada en el proceso enseñanza-aprendizaje. En consecuencia, los estudiantes no logran la adaptación del conocimiento nuevo con los adquiridos anteriormente, tal como lo propone Ausubel (2001), como parte del proceso para el logro de aprendizajes significativos.

Relacionado con esto último, el modelo centrado en el aprendizaje (UPN 2002; UPN 2018) compromete al docente a conocer más a fondo a sus estudiantes en relación a su

personalidad mediatizada por factores biológicos y sociales; estilos de aprendizaje; estados de ánimo, sentimientos, emociones y conductas manifiestas; valores, y, sobre todo, su motivación hacia el aprendizaje (Ausubel, 2001).

Se parte de la hipótesis o supuesto inicial, que la ansiedad se relaciona directamente con la adquisición de aprendizajes, sobre todo, de tipo significativo; es decir, aquellos donde se vinculan los conocimientos que brinda la escuela con su vida cotidiana o con contenidos temáticos que previamente los estudiantes revisaron en la escuela.

En el marco que la población de estudio son los estudiantes y docentes de la licenciatura en intervención educativa de la UPN Unidad 144 de Ciudad Guzmán, Jalisco; los objetivos a lograr son: en lo general, describir la relación entre la ansiedad y la adquisición de aprendizajes; y en lo particular, identificar las repercusiones de la ansiedad en la adquisición de aprendizajes, caracterizar sus manifestaciones en el contexto escolar, y, finalmente, definir las situaciones educativas que generan la ansiedad.

Respecto a la problemática de estudio, a partir de las experiencias en la práctica docente se observa que algunos estudiantes manifiestan ansiedad en el salón de clases, por ejemplo, muestran dificultades para participar verbalmente en clases; para realizar trabajos académicos, especialmente por escrito; o para trabajar colaborativamente con otros compañeros, es decir, en equipo.

A su vez, tratan de evitar la exposición de contenidos temáticos ante el profesor y compañeros de grupo o cuando participan en esto demuestran nerviosismo con constantes movimientos corporales, errores en la pronunciación de palabras o tartamudez al momento de hablar, se aíslan de los compañeros dentro del mismo salón de clases, entre otras manifestaciones que sin duda repercuten de manera negativa en su desempeño escolar en general y en la adquisición de aprendizajes. En consecuencia, es importante identificar algunas situaciones que potencialmente son las causas de la ansiedad en el ámbito escolar, observar

sus manifestaciones en el salón de clases y, especialmente, detectar las consecuencias que ha traído en el estudiante.

Es así como se plantean las siguientes preguntas para dar respuesta al anterior planteamiento del problema:

- ¿Cómo es la relación entre la ansiedad y la adquisición de aprendizajes en los estudiantes de la licenciatura en intervención educativa de la UPN 144 de Ciudad Guzmán?
- ¿Qué situaciones educativas generan ansiedad en los estudiantes?
- ¿Cuáles son las principales manifestaciones de ansiedad en el contexto escolar?
- ¿Cuáles son las repercusiones de la ansiedad en la adquisición de aprendizajes?

### **Marco Teórico**

Respecto a los referentes teóricos, la relación entre la ansiedad y la adquisición de aprendizajes es analizada bajo la perspectiva del constructivismo, la cual concibe que una institución tiene el objetivo de “educar” a los estudiantes para transmitirles y enseñarles determinados contenidos, entendidos en un sentido amplio como conceptos, hechos, procedimientos, actitudes, valores y normas (Barberá, 2003; Bisquerra, 1998; Bisquerra, 2000).

En el paradigma constructivista el sujeto participa activamente en la construcción de la realidad. El conocimiento que se tiene del mundo exterior es una mezcla de sus propiedades “reales” y de las aportaciones individuales en el acto de conocimiento. Cada cambio o avance que se realiza en su desarrollo presupone un cambio en la estructura considerada de naturaleza cognitiva y organización de sus conocimientos (Bassedas et al., 1991; Bisquerra, 1998; Bisquerra, 2000; Pimienta, 2005).

Por otro lado, Ausubel (2001) propone una explicación teórica del proceso de aprendizaje desde un punto de vista cognoscitivo, pero considera factores afectivos tales como la motivación. El aprendizaje es considerado como la organización e integración de información en la estructura cognoscitiva del individuo. La estructura cognoscitiva es la forma en que el

individuo tiene organizado el conocimiento previo a la instrucción. Ausubel (2006) complementa que está formada por sus creencias y conceptos, que deben ser tomados en cuenta al planificar la instrucción, de tal manera que puedan servir de anclaje para conocimientos nuevos o, en su caso, ser modificados por un proceso de transición cognoscitiva o cambio conceptual.

El concepto más importante de la teoría de Ausubel es el aprendizaje significativo:

Es un proceso que ocurre en el interior del individuo, donde la actividad perceptiva le permite incorporar nuevas ideas, hechos y circunstancias a su estructura cognoscitiva, a su vez, matizarlas exponiéndolas y evidenciándolas con acciones observables, comprobables y enriquecidas, luego de cumplir con las actividades derivadas de las estrategias de instrucción, planificadas por el mediador y/o sus particulares estrategias de aprendizaje. (Ausubel, 2001, como se citó en Arancibia, 1999, p. 85).

Conforme a lo anterior, el aprendizaje es significativo cuando la nueva información se relaciona de modo no arbitraria (intencionalidad para relacionar ideas) y sustancial con lo que el estudiante ya sabe, dependiendo también de la disposición (motivación y actitud) de éste por aprender, así como de la naturaleza de los materiales o contenidos de aprendizaje (Ausubel 2001; Ausubel, 2006). El educador cumple el rol de mediador entre el estudiante y los contenidos de aprendizaje, para lo cual es necesario organizar las actividades conforme a sus intereses y motivación con la intención de facilitar la incorporación de la nueva información con la que ya cuenta o domina (Beltrán, 2000). Es así como se cumplen los dos principales requisitos que menciona Ausubel (2001) para lograr el aprendizaje significativo: sentido lógico, en la medida que el contenido a revisar cuenta con soporte académico o científico; y sentido psicológico, cuando el contenido ayuda a incrementar la motivación del estudiante por aprender. Le es interesante y atractiva su revisión en el contexto escolar.

El mismo Ausubel (2001), propone los siguientes efectos de la ansiedad en el aprendizaje:

- *Inhibición de la capacidad de reorganizar la estructura cognoscitiva.* Se presenta cuando las tareas de aprendizaje son demasiado desconocidas o dependen más de la capacidad de improvisar que de la persistencia. Se buscan respuestas que no impliquen reorganización de los procesos mentales que integran la estructura cognoscitiva.

- *Fortalecimiento de baja autoestima en el estudiante.* La ansiedad es una reacción fóbica de estudiantes, que generalmente tienen baja autoestima, ante la amenaza prevista en situaciones de ajuste o de aprendizaje novedoso. Deteriora más la autoestima ante los sentimientos de incompetencia para enfrentarse a dicha amenaza. La baja autoestima es un estado emocional que no ayuda a obtener un óptimo rendimiento escolar y crea una actitud desfavorable para el aprendizaje significativo (estudiante sin sentido psicológico).

- *Indisposición hacia el aprendizaje significativo.* La ansiedad genera en el estudiante una indisposición psicológica hacia el aprendizaje significativo. El estudiante no será capaz de generalizar el aprendizaje (material escolar) a contextos de aplicación relevantes, acceder a él y abordarlo como base cuando extiende su aprendizaje hacia áreas nuevas.

Bertoglia (2005) considera a la ansiedad como estado de temor y subjetivo, considerando la tarea o acción de aprendizaje solicitada al estudiante:

Puede ser entendida, dentro del marco que nos hemos fijado, como un estado de temor que experimentamos subjetivamente frente a una situación que percibimos como amenazadora. Frecuentemente está ligada a anticipaciones de peligro, como castigo o amenazas a la autoestima (p. 15).

Bertoglia (2005) también señala que la investigación sobre la ansiedad y su relación con el aprendizaje, se ha polarizado por considerarla a veces favorable o desfavorable para los resultados de la tarea de aprendizaje, conforme a esto, coincide con las aportaciones de Ausubel (2001 y 2006). Retomando a Bertoglia (2005), canaliza dos posibles vertientes acerca de las repercusiones de la ansiedad:

1) *Complejidad de la tarea a aprender.* En el ámbito escolar las actividades que implican una menor demanda, no causan o generan mayor ansiedad en los estudiantes; por ejemplo, leer un documento breve, redactar un escrito o realizar una investigación documental. En cambio, las tareas consideradas complejas, por ejemplo, resolver un examen objetivo de conocimientos, exponer un tema ante el docente y el grupo, además de realizar un organizador Figura como un mapa conceptual o mental, cuadro comparativo, cuadro sinóptico; ya que implican el análisis, reflexión y síntesis de la información revisada a partir de documentos impresos o digitales.

2) *Aptitud escolar.* Spielberger (citado en Bertoglia, 2005, p. 15), define la aptitud escolar “como las condiciones o habilidades de aprendizaje que posee el alumno”. El mismo autor la divide en tres niveles: baja, mediana y alta. Bertoglia (2005) afirma que cuando el docente o educador tiene plenamente detectada la aptitud baja por parte del estudiante, el pronóstico es el fracaso escolar; en cambio, cuando es alta se tiene la expectativa de éxitos académicos. En este caso, los estudiantes considerados con aptitud mediana, suelen experimentar ansiedad, la cual en determinado momento les facilita o dificulta las tareas o actividades en el ámbito escolar.

Relacionado con lo anterior; Grandis et al. (2013), afirma que la ansiedad repercute negativamente en la adquisición de aprendizajes, al proporcionar datos estadísticos, donde se destacan las alteraciones cognitivas en los estudiantes que la experimentan:

Los niveles moderados/altos de ansiedad reducen la eficacia en el aprendizaje, se observa poca flexibilidad para adaptarse a los procesos de aprendizaje... actualmente el tema de investigación es ansiedad y trastornos cognitivos, del análisis de los datos recogidos hasta el momento se obtiene que un 50,5% de los alumnos que presentan trastornos cognitivos poseen niveles de ansiedad altos y un 23% de ellos poseen niveles de ansiedad moderados, por lo cual la ansiedad es una variable a tener muy en

cuenta en los diagnósticos y/o tratamientos interdisciplinarios de los alumnos que presentan estos tipos de trastornos los cuales repercuten en el aprendizaje (párr. 4).

Como se puede observar, las estadísticas arrojan datos clínicos de consideración, los médicos coinciden que los docentes o educadores no son ajenos al diagnóstico de la ansiedad, conforme a los indicadores en el ámbito escolar, asimismo, es importante incorporarse a los equipos interdisciplinarios para participar en posibles tratamientos o intervenciones psicopedagógicas que ayuden a los estudiantes a controlar sus niveles de ansiedad. Esto coincide con las propuestas de Álvarez (2001) y Beltrán (2000), acerca de la importancia de la intervención docente para ayudar al control de ansiedad de los estudiantes en el ámbito escolar.

Por su parte, González y Marcué (2017), Jadue (2001) y Saldaña (2001); identificaron algunos efectos negativos de la ansiedad en el rendimiento escolar, entre los que destacan la aplicación de exámenes o evaluaciones hasta el final del ciclo o proceso educativo, las relaciones interpersonales en la escuela, sobre todo, cuando el estudiante tiene una personalidad antisocial o conflictiva, o por parte de los docentes quienes usan el rigor de la conducta o académico para castigar o sancionar a los estudiantes, provocándoles dificultades de autoestima e inseguridad.

Entonces, la ansiedad repercute de manera negativa en el estudiante al inhibir su capacidad cognoscitiva; provoca que disperse su atención o dificultades para concentrarse en el salón de clases, al momento de revisar los contenidos temáticos o realizar actividades, sobre todo, cuando implica esfuerzos que impliquen poner en práctica su capacidad mental de análisis, reflexión o razonamiento. Esto es común cuando se le demanda presentar o exponer un tema ante sus compañeros de clase o se le indica responder un examen por escrito, donde habrá necesidad de traer a la memoria conocimientos o aprendizajes teóricos o conceptuales de determinada asignatura (Beltrán, 2000).

Asimismo, Andreas (1980), Fernandes et al. (2014) y Grandis et al. (2013), afirman que cuando en el contexto escolar se le demanda realizar una tarea intelectual compleja y, a su vez, el estudiante cuenta con baja autoestima o ansiedad, la misma demanda de la tarea provoca en el estudiante aún más baja autoestima que, incluso, puede llevarlo a la depresión o a incrementar sus niveles de ansiedad, con la posibilidad de repercutir negativamente en su salud física y mental.

Por otro lado, Belloch (1995), Bertoglia (2005) y Rojas (2004); mencionan que un estudiante al experimentar altos niveles de ansiedad muestra alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales; en consecuencia, no está en posibilidad o apto para relacionar los contenidos temáticos revisados en clases con aprendizajes o conocimientos previamente adquiridos o con su vida cotidiana, en consecuencia, tendrá dificultades para adquirir las competencias correspondientes a la asignatura que cursa.

En síntesis, las tendencias y perspectivas de las teorías y autores revisados se inclinan por afirmar que la ansiedad repercute de manera negativa en la adquisición de aprendizajes, considerando que el estudiante al estar ansioso experimenta, entre otros síntomas, alteraciones emocionales, dificultades cognitivas, dificultades para relacionar los nuevos aprendizajes con los anteriormente adquiridos, dificultades para la socialización y trabajo en equipo; así como para la resolución de exámenes por escrito y exposición de temas hacia el docente y compañeros de grupo.

### **Metodología**

La problemática de aprendizaje de la ansiedad y su relación con la adquisición de aprendizajes, se sitúa en el ámbito escolar, pero sus factores causantes son de diversa naturaleza: social, laboral, familiar, personalidad, entre otros (Belloch, 1995; Rojas, 2004); en consecuencia y atendiendo a los objetivos del presente estudio; fue necesario realizar un diseño metodológico con enfoque mixto (Creswell, 2009), sobre todo para complementar la investigación teórica con la investigación de campo, que fue la identificación *in situ* de



necesidades respecto a problemática, conocimientos sobre su incidencia en contexto educativo y experiencias de estudiantes y docentes.

En relación a los agentes considerados en el estudio, es importante señalar que son tanto estudiantes como docentes, porque están directamente involucrados en la problemática anteriormente mencionada; los primeros, experimentan frecuentemente la ansiedad y sus consecuencias; y los segundos, al estar en constante interacción con los estudiantes, identifican plenamente en qué situaciones escolares se puede presentar y cuáles son las manifestaciones características de ansiedad correspondientes. Dichas percepciones de los docentes son generalmente fundamentadas en información y conocimiento acerca de problemática que adquirieron cuando estudiaron la licenciatura, posgrado o en algún curso de formación continua.

El método es descriptivo (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018) y el enfoque mixto (Creswell, 2009); conforme a esto, de los cuestionarios estructurados, derivó información estadística para determinar las tendencias en los resultados, misma que se organizó en porcentajes para presentarse en Figuras, sin embargo, el tratamiento de los resultados fue cualitativo con fines de interpretar con base a diferentes aspectos educativos derivados del modelo teórico de Rojas (2004) la relación entre la ansiedad y el aprendizaje.

Se comenzó el estudio con la realización de registros etnográficos como instrumento cualitativo, a partir de la práctica docente, es decir, durante las sesiones de clases en la licenciatura en intervención educativa. Se utilizó el formato de registro etnográficos que propone Bertely (2000) y enriquece Guber (2013); el cual contempla los siguientes apartados: Ubicación del registro (datos espaciales y temporales de cada registro), inscripción (desarrollo de las categorías o aspectos relevantes a observar) e interpretación (con base en referentes empíricos o teóricos del investigador).

Cabe señalar que, para la presente investigación, se puso en práctica la observación participante, considerando como aspectos o categorías a observar los síntomas de ansiedad de

tipo conductual, intelectual y asertivo; propuestos por Rojas (2004). Dichos síntomas se relacionan con las manifestaciones de ansiedad de los estudiantes en el ámbito escolar.

Para identificar los síntomas de ansiedad y situaciones educativas que la generan en el ámbito escolar, fue necesario diseñar instrumentos para recabar las percepciones y experiencias de docentes y estudiantes desde un instrumento de naturaleza cuantitativa, como fueron los cuestionarios estructurados.

Dichos cuestionarios manejan respuesta múltiple, consideran 20 preguntas o ítems para cada uno de los agentes involucrados (docentes y estudiantes), incluso algunas preguntas incorporan contenidos similares derivados de las situaciones educativas propuestas por diferentes autores acerca de la ansiedad (Ausubel, 2001; Ausubel, 2006; Bertoglia, 2005; Fernandes, 2014; Grandis et al., 2013; Jadue, 2001). Cabe señalar que el diseño de los cuestionarios estructurados se basó en el modelo teórico de Rojas (2004), quien propone el *Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad*; el cual indaga acerca de sus síntomas físicos, psíquicos, de conducta, intelectuales y asertivos. Para fines de los instrumentos de investigación y sus respectivas preguntas o ítems referidos al ámbito escolar, únicamente se tomaron en cuenta los síntomas de conducta, intelectuales y asertivos; que se conceptualizan de la siguiente manera:

- *Síntomas de conducta*. Es todo aquello que se puede observar fuera de la persona, se puede registrar al ver su comportamiento, en los aspectos generales como comunicativos (Rojas, 2004). Algunas manifestaciones comunes de los síntomas de conducta de los estudiantes son: rinde menos en sus actividades, le resulta difícil o penoso realizar algunas actividades, a veces se queda bloqueado sin saber qué hacer o decir, le cuesta mucho o no está dispuesto a realizar una actividad intensa, etc.

- *Síntomas intelectuales*. Se habla de manifestaciones cognitivas, abarca todo lo que es conocimiento; incluye la sensación, percepción, memoria, pensamiento, ideas, juicios, raciocinios, aprendizaje, etc. (Rojas, 2004). Entre las manifestaciones comunes de los

estudiantes destacan: cree que no sirve para nada, está muy despistado, le cuesta pensar, nota cierto bloqueo intelectual, se concentra mal con dificultad, etc.

- *Síntomas asertivos (o trastornos en las habilidades sociales)*. Desde el punto de vista psicológico, se trata de algo muy relacionado con la personalidad respecto a la forma de actuar y funcionar, asimismo, es el conjunto de técnicas de comportamiento orientadas a una mejoría de las propias relaciones sociales, y es el poder expresar ideas, juicios y sentimientos frente a cualquier persona, situación o circunstancia (Rojas, 2004). Las siguientes son manifestaciones comunes en los estudiantes: le cuesta mucho iniciar una conversación, a veces no sabe qué decir ante ciertas personas, le cuesta hablar en público, está muy pendiente de lo que dicen las personas sobre él, etc.

En relación a los cuestionarios estructurados a docentes y estudiantes, después de un análisis estadístico de los resultados con el programa *SPSS Versión 22*, se obtuvo un .83 como índice de Alfa de Cronbach. George y Mallery (citados por Navarro, 2011, p. 1), definen que los índices arriba de .80 son fiables.

Referente a la muestra, como criterios de inclusión se consideraron estudiantes activos y matriculados en la LIE, sin importar el semestre que cursaran; y para los docentes, el único requisito fue tener carga académica asignada para impartir clases en el programa educativo mencionado.

El muestreo fue de tipo aleatorio estratificado, que consistió en dividir a la población en subpoblaciones o estratos, y se seleccionó una muestra para cada estrato (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). Se buscó el 90% de confiabilidad y el 5% de precisión o error con la máxima variabilidad. El resultado derivó una muestra de 75 estudiantes.

Por otra parte, considerando que la cantidad de docentes fue limitada, se encuestó a la totalidad de nueve, con la finalidad de incrementar la confiabilidad del estudio y considerar la percepción de cada uno acerca de la problemática analizada, por consiguiente, se descartó la realización de una muestra probabilística.

Cabe señalar que, como parte de las consideraciones éticas para la investigación, se aplicó la encuesta a los estudiantes de diferentes grados en su respectivo salón de clases. Se comenzó con explicarles los objetivos del estudio, enfatizando en el manejo confidencial de la información, por ello se contestaría la encuesta de manera anónima. Enseguida, se les facilitó el formato impreso del instrumento para revisar las instrucciones de respuesta. Se corroboró que no se tuvieran dudas para proceder con la aplicación. En el caso de los profesores, las condiciones aplicación de la encuesta fueron similares a los estudiantes, la única variante fue que el encuentro con ellos se dio en la sala de juntas de la UPN 144 durante una reunión académica de la LIE.

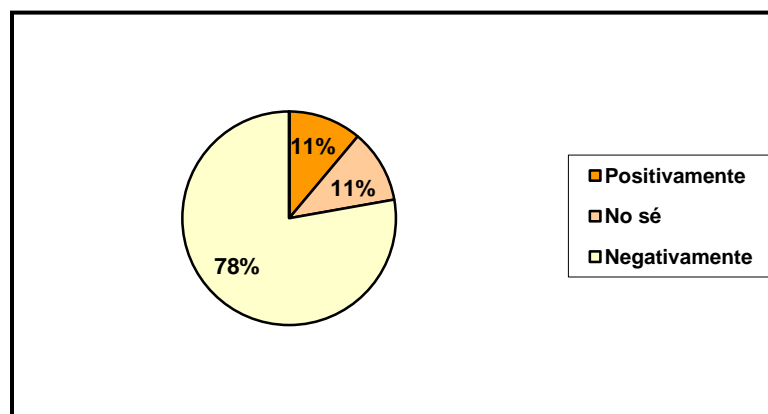
### Resultados

A continuación, se presentan únicamente las Figuras de resultados que se vinculan de manera directa con la temática del presente estudio. Del cuestionario aplicado a docentes, destacan los siguientes resultados:

El 78% considera que la ansiedad afecta negativamente en la realización de tareas intelectuales complejas, el 11% considera que afecta positivamente, y el 11% no sabe de qué manera afecta.

#### Figura 1

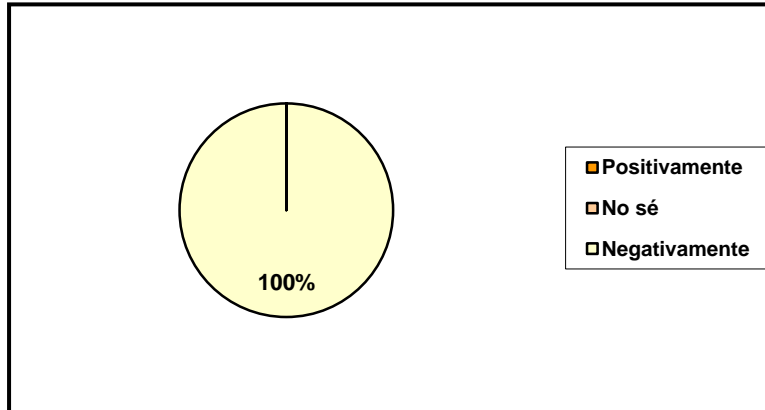
*Afectación de la ansiedad en la realización de tareas intelectuales complejas*



El 100% señala que la ansiedad afecta negativamente en la expresión del lenguaje oral y escrito en las actividades de enseñanza – aprendizaje.

### Figura 2

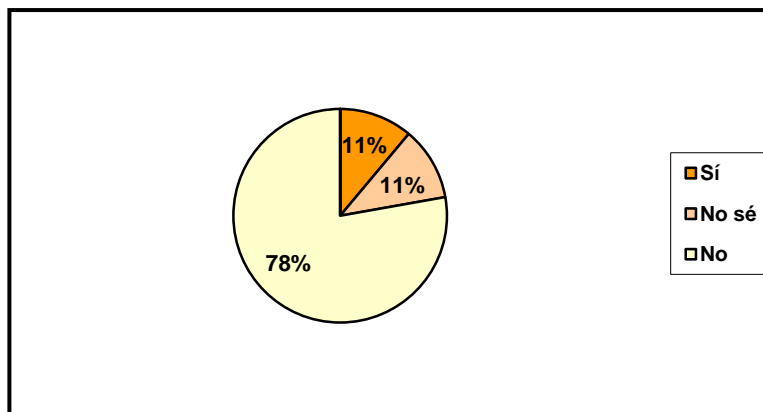
*Afectación de la ansiedad en la expresión del lenguaje oral y escrito en las actividades de enseñanza-aprendizaje*



El 78% niega ser factor determinante para el aparecimiento de ansiedad en sus estudiantes; el 11% lo acepta y, de igual manera, un 11% lo desconoce.

### Figura 3

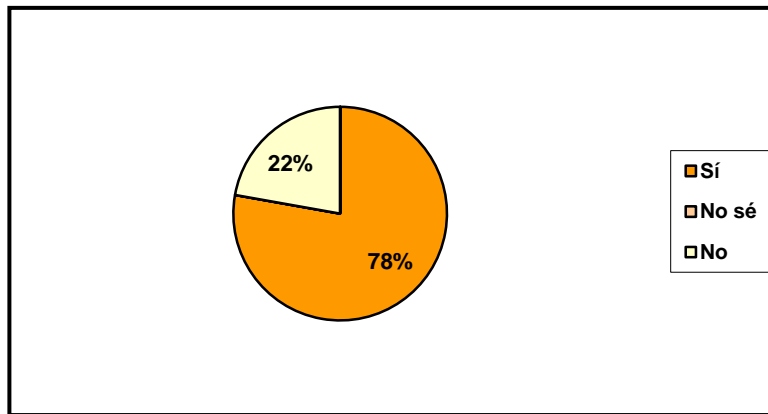
*Opinión de docentes acerca de ser considerados a sí mismos como factor determinante para el aparecimiento de ansiedad en estudiantes*



El 78% afirma que la ansiedad obstaculiza la adquisición de aprendizajes significativos en estudiantes, y el 22% restante lo descarta.

**Figura 4**

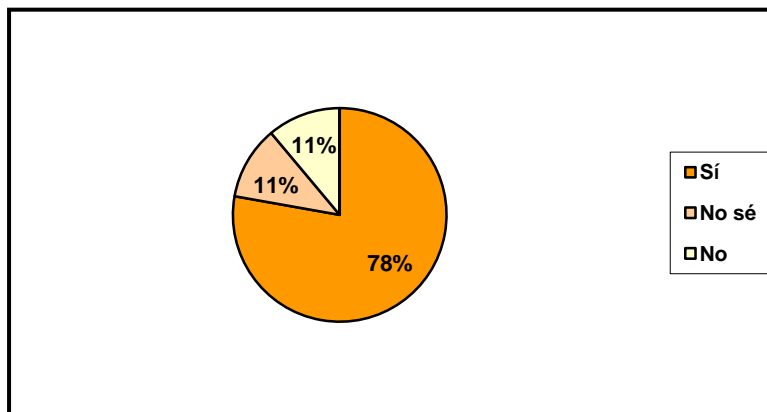
*Afectación de la ansiedad para la adquisición de aprendizajes significativos en estudiantes*



El 78% afirma que la ansiedad obstaculiza la participación activa de estudiantes en los procesos enseñanza-aprendizaje desarrollados en la escuela; el 11% lo descarta y, de igual manera, el 11% lo desconoce.

**Figura 5**

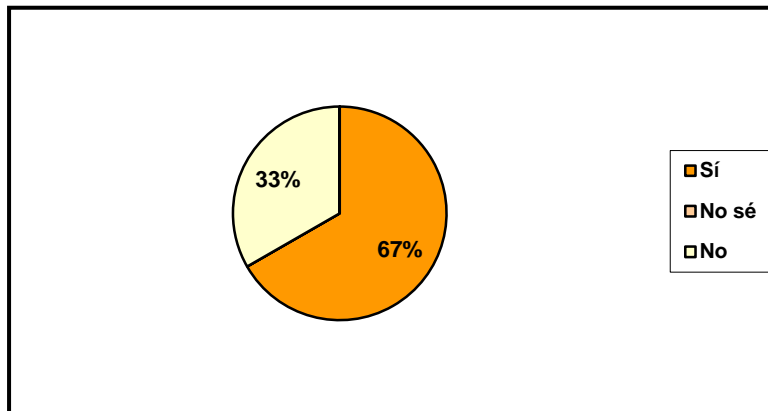
*Afectación de la ansiedad en la participación activa de los procesos de enseñanza-aprendizaje desarrollados en la escuela*



El 67% afirma que la ansiedad obstaculiza la adquisición y el desarrollo de competencias académicas que demanda la carrera profesional; y el 33% lo rechaza.

### Figura 6

*Afectación de la ansiedad en la adquisición y desarrollo de competencias académicas (conocimientos, habilidades y actitudes) que demanda la carrera profesional*

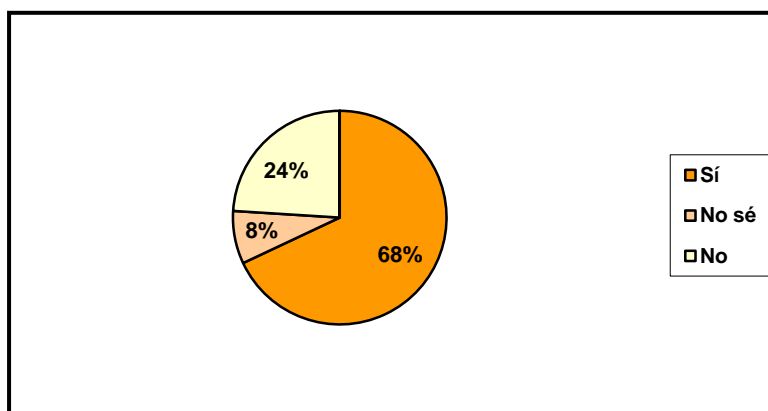


Por su parte, del cuestionario aplicado a estudiantes, los resultados más importantes fueron los siguientes:

El 68% considera ser persona ansiosa, el 24% lo rechaza y sólo el 8% restante lo desconoce. Gran parte de los estudiantes aceptan ser ansiosos, están conscientes de que la ansiedad es un rasgo de su personalidad.

### Figura 7

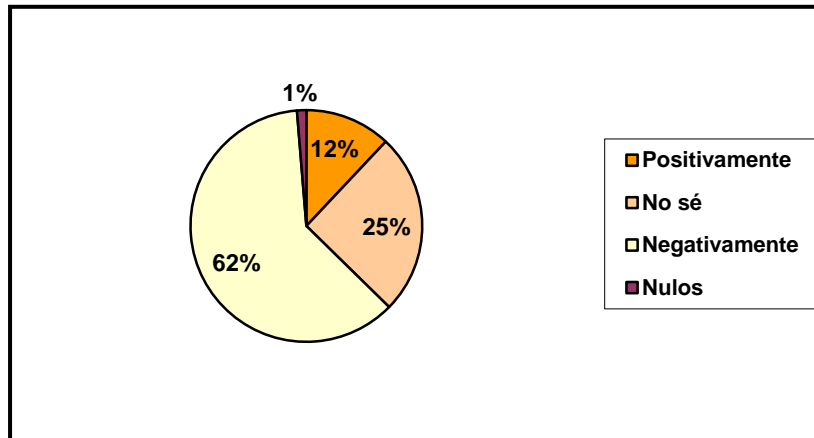
*Opinión acerca de ser personas ansiosas*



El 62% menciona que la ansiedad afecta negativamente en la realización de actividades intelectuales complejas, el 25% desconoce de qué manera afecta, el 12% positivamente, y sólo el 1% restante anuló su opinión porque no contestó este reactivo.

**Figura 8**

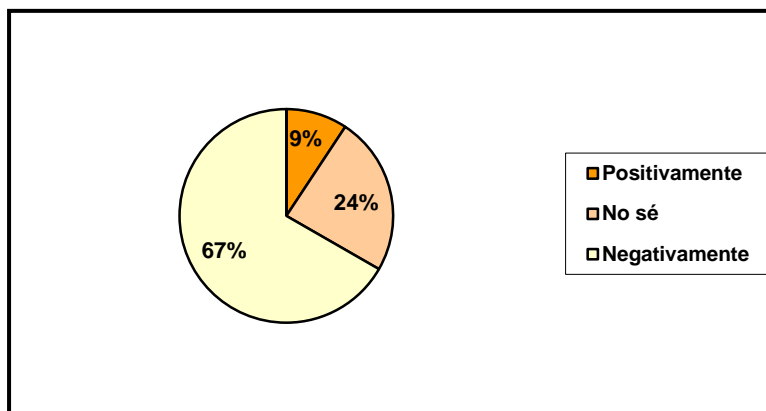
*Afectación de la ansiedad en la realización de tareas intelectuales complejas*



El 67% menciona que la ansiedad afecta negativamente en la expresión del lenguaje oral y escrito, el 24% desconoce cómo afecta y el 9% positivamente.

**Figura 9**

*Afectación de la ansiedad en la expresión del lenguaje oral y escrito*

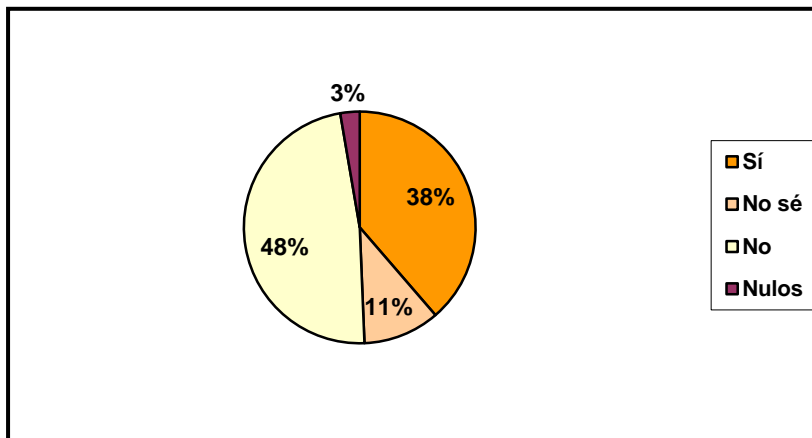




El 48% niega que la ansiedad obstaculice la adquisición de aprendizajes significativos; el 38% lo afirma; el 11% lo desconoce, y sólo el 3% restante anuló su opinión al no contestar este reactivo.

**Figura 10**

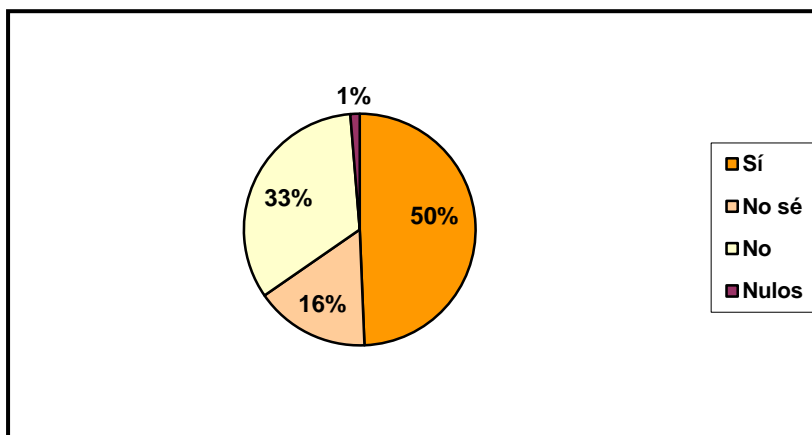
*Afectación de la ansiedad para la adquisición de aprendizajes significativos*



El 50% afirma que la ansiedad obstaculiza su participación activa en procesos de enseñanza-aprendizaje del ámbito escolar; el 33% lo niega, el 16% lo desconoce; y sólo el 1% restante anuló su opinión al no contestar este reactivo.

**Figura 11**

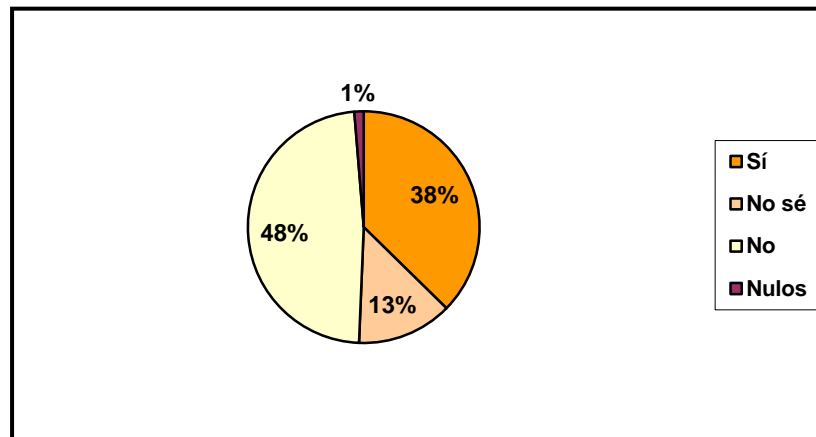
*Afectación de la ansiedad en la participación activa de los estudiantes en los procesos enseñanza-aprendizaje desarrollados en la escuela*



El 48% niega que la ansiedad obstaculice la adquisición y desarrollo de competencias académicas de la carrera profesional, el 38% lo afirma, el 13% lo desconoce, y sólo el 1% restante anuló su opinión por no contestar este reactivo.

**Figura 12**

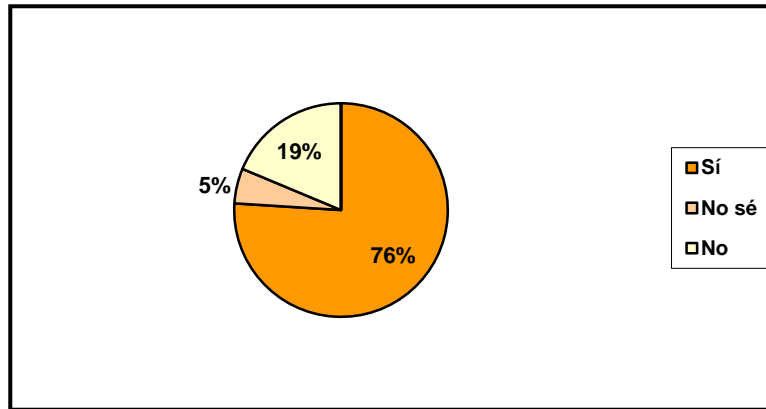
*Afectación de la ansiedad en la adquisición y desarrollo de competencias académicas de la carrera profesional*



El 76% afirman la necesidad que los docentes implementen estrategias en sus grupos para enfrentar y/o controlar la ansiedad; el 19% lo niega y el 5% lo desconoce. Estos resultados son relevantes, en el sentido que la necesidad está plenamente detectada: urge que los docentes dentro de sus actividades de enseñanza-aprendizaje consideren estrategias para aminorar la ansiedad de los estudiantes, sobre todo en los primeros semestres, en los cuales el estudiante está iniciando una adaptación al ámbito escolar universitario.

### Figura 13

*Necesidad de que los docentes implementen estrategias para que los estudiantes enfrenten y/o controlen la ansiedad*



En referencia a los resultados de los registros etnográficos bajo el formato de Bertely (2000) y Guber (2013), realizados durante cinco sesiones de clases con dos grupos escolares de la licenciatura en intervención educativa; enseguida, se dan a conocer los principales hallazgos a manera de categorías inductivas acerca de las manifestaciones de ansiedad de los estudiantes en el ámbito escolar.

Los estudiantes se perciben con una personalidad ansiosa o nerviosa, especialmente cuando se les pidió participar verbalmente en clases, para expresar sus opiniones o aportaciones sobre el tema en turno, situación similar se presentó al solicitarles la exposición de un tema de manera individual o en equipo o, mención especial merece la ansiedad, al contestar un examen por escrito. Otras ocasiones donde los estudiantes aceptaron su nerviosismo son al salir de la institución para realizar prácticas de campo, prácticas profesionales o servicio social; las cuales se consideran espacios pertinentes para poner en práctica las competencias y aprendizajes adquiridos durante la carrera profesional.

De manera similar, durante las clases cuando se les solicitó redactar un ensayo, elaborar un mapa conceptual o cuadro sinóptico, realizar un video análisis o, incluso, diseñar un material digital; que se consideran tareas intelectuales complejas según Díaz Barriga y

Hernández (2010). Se notó su ansiedad al manifestar verbalmente sus dificultades o mostrar una conducta de bloqueo mental al no poder avanzar en las tareas.

Respecto a la expresión del lenguaje oral y escrito, las dificultades estriban en argumentar sus ideas al momento de participar o relacionar los contenidos temáticos nuevos con los conocimientos previamente adquiridos, tal como lo propone Ausubel (2006) con el aprendizaje significativo. Como se comentó previamente, hablar en público es algo que generó bastante ansiedad, pero también las dificultades para redactar escritos o ensayos académicos.

Fueron común en algunos estudiantes las dificultades para la atención y concentración, a tal grado que cuando se les preguntó acerca de los contenidos temáticos revisados en esa o en sesiones anteriores de clase, no supieron qué responder. En determinados casos, abandonaron el salón de clases con el pretexto de ir al sanitario o a realizar algún trámite en la administración o área de servicios escolares, o peor aún, otros estudiantes no entraron a clases para evitar el trabajo académico.

A partir de la docencia se tuvo a intención de generar los sentidos lógico y psicológico propuestos por Ausubel (2006), para lograr los aprendizajes significativos en los estudiantes; por ejemplo, un clima y dinámica grupal favorable, uso de diversos documentos y materiales para abordar los temas, compartir ejemplos y experiencias; sin embargo, algunos estudiantes mostraron negativa por participar en clases, por trabajar en equipo o por realizar tareas consideradas complejas.

Una constante en las sesiones de clase se presentó con la participación verbal y voluntaria de los mismos estudiantes, la alternativa fue preguntarles directamente a otros que en limitadas ocasiones participaban, pero comúnmente manifestaron abiertamente su desconocimiento de las respuestas o su falta de voluntad por participar, aunque como docente se les reformularon las preguntas o dieron pistas para conocer sus aportaciones.

Vinculado con lo anterior, en cada clase se enfatizó sobre la importancia de mantener un estado emocional equilibrado para adquirir las competencias del perfil de egreso de LIE; tales

como diagnosticar, crear ambientes de aprendizaje, asesorar, evaluar, diseñar proyectos, entre otras; porque se consideran tareas intelectuales complejas, asimismo, implican la interacción y comunicación con otras personas, incluso, para coordinar grupos numerosos (UPN, 2002; UPN, 2018).

No obstante, los mismos estudiantes manifestaron en clases la necesidad que los docentes implementen actividades o dinámicas para controlar su ansiedad en la escuela y los capaciten para retribuir esto con otras personas; por ejemplo, cuando trabajen con niños y jóvenes.

### **Discusión**

De acuerdo a los cuestionarios estructurados que se aplicaron a docentes y estudiantes, algunas preguntas o ítems fueron similares para ambos agentes, por lo cual se puntualizan las diferencias y semejanzas detectadas en las respuestas.

De las convergencias entre docentes y estudiantes respecto a la ansiedad y su relación con el aprendizaje destacan: el grado de ansiedad de estudiantes es regular (Bertoglia, 2005), se relaciona con problemas de bajo rendimiento y/o reprobación, afectación negativa en la realización de tareas intelectuales complejas y en la expresión del lenguaje oral y escrito, el factor de la personalidad es considerado el más importante como causante de la ansiedad en estudiantes (Bertoglia, 2005; Bisquerra, 2000; Fernandes et al., 2014; Grandis et al., 2013). Asimismo, se considera un obstáculo para la creación de ambientes grupales pertinentes para el aprendizaje y para la participación activa de estudiantes en los procesos de enseñanza-aprendizaje desarrollados en la escuela, bloquea la generación de ideas y pensamientos, no representa un obstáculo para las relaciones entre estudiantes-estudiantes y estudiantes docentes (Jadue 2001; Rojas, 2004), además, es necesaria la implementación de estrategias para que los estudiantes enfrenten y/o controlen la ansiedad en el ámbito escolar (Bassedas et al., 1991; Beltrán, 2000).

Otras tendencias importantes de mencionar son: en relación a docentes, mencionan que la ansiedad afecta de manera negativa en el aprovechamiento escolar y la relacionan con deserción escolar; ellos mismos no se consideran factor importante en el apareamiento de ansiedad en estudiantes, y que sean un obstáculo para el desarrollo de la práctica docente y planificación que conlleva. En relación a estudiantes, se perciben ansiosos; también mencionan que la ansiedad afecta negativamente en su vida cotidiana; y determinan influencia en el rendimiento escolar (Grandis et al, 2013; Rojas, 2004; Saldaña, 2001).

Ausubel (2001), Bertoglia (2005) y Rojas (2004), consideran que los efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar y tareas de aprendizaje pueden ser en algunas ocasiones positivas o en otras negativas, pues los resultados dependerán de la evaluación que el sujeto haga sobre la situación y los recursos de afrontamiento para la misma, lamentablemente en el contexto de estudio analizado en esta investigación predominó la percepción negativa de docentes y estudiantes acerca de la ansiedad. A su vez, los resultados demuestran el desconocimiento tanto de docentes como estudiantes acerca de la ansiedad y sus repercusiones en el ámbito escolar, evidenciando la necesidad de brindar una capacitación al respecto, o en su caso, manejar la temática de manera transversal en algunas asignaturas (Bisquerra, 1998).

El factor de personalidad fue elegido el más importante para el apareamiento de la ansiedad, sin embargo, los estudiantes eligen como segundo factor al escolar, con la posibilidad de ser los docentes las causas de ansiedad, aunque según los resultados del cuestionario negaron que así sea (Belloch, 1995; Grandis et al., 2013; Rojas, 2004).

### **Conclusiones**

En respuesta a los objetivos de la investigación, existe una estrecha relación de la ansiedad con la adquisición de aprendizajes en el ámbito escolar, lo cual está condicionado según Bertoglia (2005) por dos variantes importantes; la primera, es la complejidad de la tarea intelectual a realizar; y la segunda, por la aptitud escolar de los estudiantes. Sin embargo, con

el estudio también se conocieron otras variantes: la ansiedad como rasgo de personalidad de los estudiantes, los docentes como generadores de la misma, y las diversas situaciones educativas que la provocan.

De las manifestaciones de ansiedad, según el modelo teórico de Rojas (2004), en el ámbito escolar son relevantes los síntomas conductuales (negativa por participar en clase, exponer un tema, trabajar en equipo, salirse del salón o ausentarse de la clase), intelectuales (dificultades para realizar tareas intelectuales complejas, responder un examen por escrito, redactar un ensayo, diseñar un material digital) y asertivos (dificultades para interactuar con los docentes o compañeros de clase, coordinar un grupo de personas, iniciar o terminar una conversación, hablar en público).

De las situaciones educativas que generan ansiedad en los estudiantes, según los registros etnográficas y cuestionarios estructurados a docentes y estudiantes; destacaron la realización de actividades que impliquen el uso del lenguaje oral o escrito, las tareas intelectuales complejas, la participación en clases para la revisión de los contenidos temáticos y, en sí, las actividades o tareas donde se busca la adquisición y desarrollo de competencias profesionales de los LIE; tales como realizar diagnósticos, crear ambientes de aprendizaje, asesorar individuos o grupos, diseñar proyectos, evaluar programas o procesos, entre otras.

A su vez, se comprobó que los estudiantes manifiestan ansiedad en el ámbito escolar, la cual afecta de manera negativa al rendimiento escolar, la adquisición de aprendizajes significativos y competencias académicas, y a la realización de diversas actividades de enseñanza y aprendizaje; también se identificó que el factor de la personalidad es considerado como causa principal de la ansiedad en estudiantes; además, que no tiene relación con problemáticas de socialización entre docentes - estudiantes y estudiantes – estudiantes. Estos hallazgos se relacionan directamente con los estudios previos sobre la ansiedad y su relación con el aprendizaje de Bertoglia (2005), Fernandes et al., (2014), González y Marcué (2017), Grandis et al. (2013), Jadue (2001), y especialmente, por Ausubel (2001 y 2006); a quien se

considera precursor de la investigación sobre las determinantes de la adquisición de aprendizajes significativos como son el sentido lógico y psicológico del contenido a revisar. Este último sentido lleva implícita la motivación y conservar un nivel moderado de ansiedad en el ámbito escolar.

Mediante los registros etnográficos se identificaron a partir de la observación las actitudes o manifestaciones de “nerviosismo” por parte los estudiantes en la clase, quienes se bloquearon cuando se les preguntó sobre los contenidos temáticos revisados, tartamudearon o se quedó su “mente en blanco” cuando pasaron a exponer una temática frente al grupo, de igual manera se desesperaron cuando no recordaron las respuestas en los exámenes, a pesar de haber estudiado exhaustivamente un día anterior.

Sin duda alguna, el fenómeno de ansiedad en el ámbito escolar es una problemática de aprendizaje que afecta a estudiantes del nivel superior. Un hallazgo importante fue que los docentes son potencialmente causantes que la ansiedad aparezca en el estudiante o por lo menos que se fortalezcan sus síntomas; por ejemplo, de acuerdo a González y Marcué (2017) y Grandis et al. (2013), cuando se subestima la capacidad del estudiante, se recalcan constantemente sus errores e ignoran sus logros, se le compara con los demás integrantes del grupo, se limita su expresión de ideas, pensamientos y sentimientos, además, no se le deja desarrollar su creatividad.

Lo lamentable es que, de acuerdo a los resultados, los docentes no se sienten factores importantes en el apareamiento de la ansiedad de estudiantes en el ámbito escolar; siendo que a diario es común observar que sus actitudes de verticalismo, autoritarismo, rigidez e intolerancia provocan en estudiantes temor, inseguridad, sentimientos de incapacidad intelectual y frustración; los cuales son algunas manifestaciones de ansiedad. No obstante, Díaz Barriga y Hernández (2010), afirman que los docentes al ser potencialmente generadores de ansiedad en los estudiantes, son quienes tiene la posibilidad de crear ambientes de aprendizaje participativos e implementar estrategias de enseñanza para la adquisición de aprendizajes



significativos, a partir de una dinámica grupal basada en cordialidad, empatía, seguridad y confianza; los cuales son atributos que ayudan al estudiante a sentirse tranquilo en el ámbito escolar y a mostrar una lógica al pensar para relacionar el nuevo contenido de aprendizaje con los previamente adquiridos.

Se deriva la reflexión que los docentes al parecer no dimensionan adecuadamente la importancia que tienen factores alternativos como son el afectivo – emocionales, conductuales, sociales, culturales; para la concreción del rendimiento escolar (Andreas, 1980; Arancibia, 1999; Saldaña, 2001). Priorizan en el desarrollo de procesos cognoscitivos, a pesar de que diversas investigaciones y posturas pedagógicas contradicen dicha tendencia.

Es difícil lograr cambios radicales en la ideología y postura pedagógica de los docentes, quienes generalmente consideran su práctica docente como auténtica y pragmática, es decir, que siempre responderá a las necesidades educativas de los miembros del grupo o los grupos que coordinan.

Según Bertoglia (2005), Bisquerra (2000), Fernandes et al., (2014); y Grandis et al. (2013); la problemática de ansiedad afecta de manera negativa en el desarrollo de las actividades de enseñanza y aprendizaje; y la culminación de propósitos educativos; en consecuencia, los docentes tienen la obligación de crear constantemente ambientes de aprendizaje en los cuales los estudiantes puedan obtener no solamente los conocimientos, las habilidades, las destrezas, las actitudes y los valores referidos en cada espacio curricular; sino también un conocimiento permanente sobre sí mismos, para estar en posibilidad de desarrollar habilidades de comunicación y de pensamiento, y obtener un conocimiento y control sobre las diversas emociones que experimentan a diario. Con lo anterior se atendería de manera favorable, pertinente y asertiva a lo que se plantea en el perfil y formación profesional para los estudiantes de la LIE, según lo señalado en los documentos normativos del programa académico (UPN, 2002; UPN, 2018).

## Referencias

- Álvarez G., M. (2001). *Diseño y evaluación de programas de educación emocional*. Ciss Praxis.
- Andreas, R. (1980). *El miedo escolar: Problemas de pedagogía*. Herder.
- Arancibia O., V. (1999). *Psicología de la educación*. (2a. ed.). Alfaomega.
- Ausubel, D. (2001). *Psicología educativa: Un punto de vista cognoscitivo*. Trillas.
- Ausubel, D. (2006). *Psicología educativa y la labor docente*.  
[http://www.utemvirtual.cl/plataforma/aulavirtual/assets/asigid\\_745/contenidos\\_arc/3924\\_7\\_david\\_ausubel.pdf](http://www.utemvirtual.cl/plataforma/aulavirtual/assets/asigid_745/contenidos_arc/3924_7_david_ausubel.pdf)
- Barberá, E. (2003). *El constructivismo en la práctica* (3a. ed.). Laboratorio educativo.
- Bassedas, E. et. al. (1991). *Intervención educativa y diagnóstico psicopedagógico*. Paidós.
- Belloch, A. (1995). *Manual de psicopatología*. (Vol. 2). Mc. Graw Hill.
- Beltrán L., J. A. (2000). *Intervención psicopedagógica y currículum escolar*. Pirámide.
- Bertely, M. (2000). *Conociendo nuestras escuelas: un acercamiento etnográfico a la cultura escolar*. Paidós.
- Bertoglia, L. (2005). La ansiedad y su relación con el aprendizaje. *Psicoperspectivas. Revista de la escuela de psicología facultad de filosofía y educación pontificia universidad católica de Valparaíso*. (Vol. 5 pp. 13–18).  
<https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/18/18>
- Bisquerra A., R. (1998). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Ciss Praxis.
- Bisquerra A., R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. (2a. ed.). Ciss Praxis.
- Centro de Evaluación Psicológica (1999). *Compilación. Técnicas de evaluación de la personalidad infantil*. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. México.
- Creswell, J. W (2009). El procedimiento cualitativo. Aproximaciones cualitativas y cuantitativas. *Sarge*. (pp. 143-171).  
[http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ginfestad/biblio/1.2.%20Creswell.%20A%20qualit\(...\).pdf](http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ginfestad/biblio/1.2.%20Creswell.%20A%20qualit(...).pdf)

- Díaz Barriga, F. y Hernández, G. (2010). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. (3a. ed.). Mc. Graw Hill.
- Díaz Barriga., A. F. (2001). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*. Mc. Graw Hill.
- Fernandes, D.; Fernandes, F.; Da Silva, S.; y Gakyia, S. (2014). Ansiedad y dificultades escolares. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. (Vol. 5, núm. 1, 2014, pp. 433-442). Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores Badajoz.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851788049.pdf>
- González P., R. y Marcué J., P. (2017). *Las emociones y el rendimiento académico: La ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios*. XIV Congreso Nacional de Investigación Educativa. Consejo Mexicano de Investigación Educativa (pp. 1-14).  
<https://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v14/doc/2176.pdf>
- Grandis, A.; Delgado, V. y Uva, A. (2013). *La ansiedad y las dificultades en el proceso de aprendizaje*. Fundación clínica de la familia.  
<https://www.fundacionclinicadelafamilia.org/la-ansiedad-y-las-dificultades-en-el-proceso-de-aprendizaje/>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc. Graw Hill Education.
- Jadue J., G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios pedagógicos*. (Núm. 27, pp. 111-118). [https://dx. DOI.org/10.4067/S0718-07052001000100008](https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052001000100008)
- Navarro, D. (2011). *Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Pimienta P., J. H. (2005). *Constructivismo. Estrategias para aprender a aprender*. Pearson.
- Rojas, E. (2004). *La ansiedad*. (2a. Ed.). Temas de Hoy.

Saldaña, C. (2001). *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*.

Pirámide.

Universidad Pedagógica Nacional (2002). *Programa de reordenamiento de la oferta educativa de las unidades. Versión sintética del Proyecto de Licenciatura en Intervención Educativa*. [Versión electrónica].

Universidad Pedagógica Nacional (2018). *Documento general. Licenciatura en Intervención Educativa, Programa de actualización 2018*. [Versión electrónica].

# ESTRÉS ACADÉMICO EN LA VIDA COTIDIANA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

**Carlos Alberto De la Ilata Villaseñor**

*Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM*

Orcid: 0002-5219-0980

**Elí Orlando Lozano González**

*Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM*

Orcid: 0001-9858-0987

## **Resumen**

En la vida cotidiana está presente el estrés, se habla de él, se siente y se padece; hay situaciones o espacios que son considerados estresantes, es el caso de la Universidad, así, se menciona al estrés académico, aquel que sufren los estudiantes de nivel superior. El objetivo de esta investigación es describir el estrés académico que perciben los estudiantes de odontología en la vida cotidiana en sus prácticas clínicas. Se trata de una investigación cualitativa que utiliza como técnica de recopilación de información la entrevista semiestructurada, realizada a 16 estudiantes de 5to y 6to semestre de la carrera de Odontología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, esto permitió captar sus vivencias y profundizar en su significado. Esta investigación parte de un paradigma constructivista-fenomenológico, asumimos que la realidad es una construcción social que involucra aspectos subjetivos e intersubjetivos; el estrés es producto de esa construcción social. En cuanto a los resultados, se encontró que todos los entrevistados consideran la práctica clínica como un espacio estresante debido a los horarios largos y sin descansos, la poca disponibilidad de espacios para trabajar, la presencia y disposición de los pacientes, la convivencia con otros compañeros, la supervisión

de los profesores y la evaluación de las asignaturas. Sin embargo, cada individuo percibe y afronta de manera distinta el estrés, debido a sus personalidades y experiencias subjetivas. De esta manera, el estrés es resultado de la interpretación individual y subjetiva de las situaciones compartidas en la construcción social de la vida cotidiana.

**Palabras clave:** Estudiantes de Odontología, espacio estresante, construcción social de la realidad.

### Introducción

Cuando en nuestra vida cotidiana se hace un alto para reflexionar sobre el quehacer diario, es muy frecuente encontrar situaciones que mueven de balance, que producen estrés, estas pueden ser aquellas de tipo laboral, familiar, relaciones de pareja, deportivas, salud y del ámbito educativo entre otras. Cuando el estrés es constante tiene severas repercusiones en la salud, tanto física como psicológica.

Un espacio considerado como estresor es la escuela. Dentro del entorno académico existen eventos que son percibidos como estresores para aquellos que se encuentran insertos en los diferentes niveles educativos y en las diferentes áreas de conocimiento. El estrés que padecen los estudiantes de nivel superior se denomina estrés académico (Barraza, 2006). Para esta investigación se observa y se convive con estudiantes de la Carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) que realizan sus prácticas en la clínica de Ecatepec, en particular se trabaja con estudiantes de quinto y séptimo semestres.

El objetivo que se persigue es describir e interpretar la percepción que tienen del estrés académico dichos estudiantes en su paso por la práctica clínica. Para ello, el estudio hace una descripción de la vida cotidiana en dicho espacio. Se parte de la premisa que la realidad de la vida cotidiana es una construcción social, que se compone de aspectos compartidos y aceptados por las personas que conforman los grupos sociales, pero también por la

interpretación subjetiva que cada individuo realiza de los elementos de dicha realidad compartida.

Así, esta investigación se ubica en un paradigma constructivista-fenomenológico, se retoma las ideas de autores como Berger y Luckman (1995), Alfred Schütz (1993) y Agnes Heller (1998) en el aspecto teórico. Con sus aportes se definen los conceptos de vida cotidiana y mundo social, ya que se persigue la descripción de la vida cotidiana en la clínica odontológica, espacio considerado como un mundo social.

Pero dicho espacio y dicha vida cotidiana son resultado de la construcción social de las personas que ahí coexisten. Por ello, para lograr el objetivo es menester acercarse directamente a las experiencias de sus actores, en este caso, 16 estudiantes de Odontología de la FES Iztacala que realizan sus prácticas en la Clínica de Ecatepec. El acercamiento se dio mediante entrevistas semiestructuradas. En concordancia con el planteamiento teórico a seguir, esta investigación es de corte cualitativo, interpretativo.

Se trata de un estudio acerca del estrés, pero desde una perspectiva sociológica, lo que implica un acercamiento distinto a los usuales, que analizan el fenómeno desde enfoques psicológicos o de las ciencias de la salud. No pretendemos demeritar los estudios del estrés realizados en dichos campos del conocimiento, pero sí buscamos analizar este fenómeno desde otro punto de vista.

En cuanto a los resultados, se devela que todos los alumnos entrevistados dicen sentir el estrés en la práctica clínica, esto nos lleva a pensar que el estrés es una parte constitutiva de la realidad de la vida cotidiana en la clínica odontológica. Todos los participantes de ese mundo social se han expuesto al estrés, pero cada persona puede reaccionar y afrontar el estrés de distinta manera, pues existen procesos de interpretación subjetivos de la misma realidad compartida.

En la práctica clínica el estudiante de Odontología siente estrés, y aunque no ve amenazada su vida ni se ve expuesto a alguna situación de peligro inminente; sí percibe

amenazas a su futuro profesional, a sus calificaciones, a su reputación ante el grupo. Todas estas amenazas producen estrés, pero son amenazas simbólicas, no físicas.

Gracias a los hallazgos de esta investigación, se entiende el estrés como una construcción social instituida e interiorizada en la estructura social y en la conciencia individual. Como toda construcción social, es posible transformarla, pero requiere de la concientización del fenómeno como algo construido en sociedad, una vez que se genera esa conciencia, es necesario reflexionar, y toda acción reflexiva es una acción transformadora.

En los siguientes dos apartados se hará una revisión teórica de los conceptos principales que sostienen esta investigación: estrés, estrés académico, vida cotidiana y mundo social. Posteriormente se discute la metodología y se presentan los resultados.

### **Estrés y Práctica Clínica**

El estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando es sometido a fuertes demandas. Cuando es constante, el fenómeno del estrés puede causar daños tanto a la salud física como a la psicológica, incluso podría conducir a la muerte (Melgosa, 1995). El término estrés es una adaptación al castellano de la palabra inglesa *stress*. Ésta apareció en el inglés medieval en las formas *distress*, que hace referencia a tensión o presión, y *destresse* que refiere a una situación de dolor, sufrimiento o angustia (Melgosa, 1995). En este sentido, no es de extrañarse que el término estrés, en la actualidad, tenga connotaciones negativas. El concepto de estrés es polisémico desde su origen, evidencia de esto es que también tiene su origen en el latín *stringere* que significa tensionar o apretar; en sus inicios se empleaba para medir el desgaste o deformaciones de ciertos materiales (Slipak, 1991).

El concepto de estrés fue inicialmente usado en la ciencia física (Álvarez, 1989). Luego, ya en el campo de la biología, Cannon (1932), empleó el concepto de estrés como una entidad que tenía efecto sobre la homeostasis, es el primer investigador que sugiere su cuantificación. Stora (1991), por su parte, cita a Hans Selye y lo define como un Síndrome General de



Adaptación (SGA), que está constituido por reacciones fisiológicas que se presentan ante cualquier estímulo nocivo, físico o psicológico, en función de las reacciones del cuerpo a los estímulos perjudiciales, aclara que es un proceso dinámico de reacciones de diferentes órganos que responden a las demandas del entorno.

Sapolsky (2008), afirma que el estrés es una respuesta normal ante el peligro, el ser humano utiliza mecanismos fisiológicos para reaccionar ante agresiones reales o simbólicas para solucionarlas y eventualmente llegar a un estado de bienestar; pero cuando el ser humano se enfrenta a dichas agresiones por periodos largos de tiempo se produce un agotamiento y da como consecuencia malestares en el organismo.

Los animales sienten estrés en las situaciones en las que tienen que luchar o huir, en esos momentos sus cuerpos reaccionan y ejecutan una acción; de inmediato vuelven a su estado normal, de relajación. Por lo tanto, el estrés tiene menos efectos a largo plazo en ellos. El ser humano, debido a su forma de vida, encuentra amenazas por las demandas reales de su entorno, pero también por sus propias exigencias mentales y presión psicológica. El ser humano tiende a pensar constantemente en sus problemas, aun en sus tiempos de descanso, y por ello no permite a su organismo salir de los estados de estrés que sólo son convenientes en periodos cortos de tiempo.

Monarrez (2009), menciona que el estrés es uno de los responsables directos de las enfermedades psicológicas y físicas más comunes y mortales que afectan a la humanidad: patología cardiovascular, diabetes, asma, cáncer, hipertensión, osteoporosis, ansiedad, depresión, insomnio, pérdida de memoria e incluso, envejecimiento prematuro. Pues el estrés altera la homeóstasis, que es el proceso por el que se regulan las funciones corporales vitales, como la respiración, la circulación de la sangre, la temperatura corporal y el pH, entre otros.

Sin embargo, el estrés es necesario para la vida, gracias a éste, el ser humano se ha podido adaptar durante toda su existencia a eventos nuevos, ya que permite estimular los sentidos para estar en estado de alerta a lo que sucede en el entorno, en la casa, con la familia,

en el trabajo o la escuela, éste hecho también reviste especial trascendencia en el rendimiento escolar.

En el ámbito escolar se ubica el denominado estrés académico, definido como aquel que padecen los alumnos de educación media y superior; que tiene como fuente exclusiva los estresores relacionados con las actividades que van a desarrollar en el ámbito escolar (Barraza, 2006). Dependiendo del campo de estudio se presentan diversas demandas y retos a los estudiantes, esto es debido a las exigencias y actividades propias de cada disciplina. Por ello, en esta investigación nos centramos específicamente en la disciplina odontológica.

Enfocados en el estrés académico de estudiantes de odontología, Naidu, Adams, Simeon y Persad (2002), realizaron un trabajo que muestra la relación existente entre el estrés de los años de estudio y a las implicaciones que tiene el cambio de tipo de práctica preclínica y clínica en estudiantes de odontología. Los autores encontraron que los cambios fueron más estresantes para las mujeres, pero la severidad de los síntomas fue mayor en los alumnos hombres.

En relación con lo anterior, Abu-Gazaleh, Rajab y Hawazen (2011), mencionan que para los alumnos de la carrera de odontología los mayores estresores son los exámenes, los días cargados de trabajo y la falta de tiempo para el descanso. En los años clínicos, el bienestar de los pacientes o el no cumplimiento de sus turnos, junto con el cumplimiento de requisitos académicos fueron los principales factores. Según este autor, existen diferencias entre los años clínicos y teóricos, considera que otros factores que influyen son el medio ambiente educacional y aspectos culturales o personales.

Cabe destacar que la odontología está relacionada con habilidades estéticas, lo que lleva a generar una actitud de perfeccionismo y estrés dentro de los estudiantes, al respecto Hamilton y Schweitzer (2000), muestran la relación existente entre la idea del perfeccionismo y el suicidio en estudiantes del tercer año de odontología y observaron que la idea del suicidio se asociaba con altos puntajes de perfeccionismo, lo cual no estuvo asociado ni al género ni a la

edad. Si bien el perfeccionismo es un gran atributo para alcanzar logros, los hallazgos indican que en altos grados se asocia con la vulnerabilidad al suicidio.

En adición, en la práctica clínica odontológica existen factores de riesgo para el mismo odontólogo, pues cabe la posibilidad de desarrollar diferentes tipos de desórdenes físicos, entre ellos los músculo-esqueléticos, originados por los movimientos repetitivos con las manos, fuerza aplicada durante los movimientos, posiciones incómodas prolongadas, presencia de vibración, entre otros. Ejemplos de ello son la aparición de tensiones musculares, la falta de soporte de los antebrazos que provocan lesiones como las tendinitis o el síndrome del túnel carpiano, el manejo de instrumentos vibratorios que pueden originar atrapamientos nerviosos, artrosis precoz e incluso el síndrome de Raynaud, posturas estáticas cervicales forzadas al realizar flexiones y torsiones cervicales mantenidas o malas posturas al sentarse, al flexionar la columna lumbar, lo que provoca marcados incrementos de la presión entre los espacios interdiscales (Bugarín, Galelo, García y Rivas, 2005). Por lo tanto, es necesario alcanzar y mantener prácticas clínicas en condiciones saludables, que no afecten la vida cotidiana ni tampoco interfieran en las condiciones de aptitud para el trabajo y tomar en cuenta que las intervenciones clínicas son las actividades principales de esta ocupación.

Moore y Brodsgaard (2001) dicen que los aspectos psicológicos también intervienen y son importantes en la práctica clínica dental y adquieren gran significado para el estado de salud del odontólogo, para ello se requieren herramientas para aprender a manejar la ansiedad y el estrés. Alzahem, Van der Molen, Alaujan y De Boer (2014) dicen que las universidades y centros educativos deben interesarse por identificar y promover programas de aprendizaje en contenidos curriculares para la promoción de hábitos saludables en la práctica clínica, así como competencias para el afrontamiento del estrés académico y el fomento de la creación de entornos que faciliten la seguridad, la salud en las diferentes áreas de los futuros profesionales de la odontología.

El panorama planteado hasta ahora permite ver que la biología y la psicología han dado aportes que facilitan la comprensión del estrés en general. Mientras que en relación al estrés académico predominan los estudios de carácter cuantitativo, consideramos que es pertinente sumar una óptica sociológica. En este documento se pretende analizar un espacio en particular; la clínica odontológica, donde hace acto de presencia el estrés académico como fenómeno de carácter complejo. En el siguiente apartado se discute la relevancia de este espacio como objeto de estudio desde una perspectiva sociológica, en particular desde el análisis de la vida cotidiana.

### **Vida Cotidiana en la Clínica Odontológica**

La realidad de la vida cotidiana no es la misma para todos, de acuerdo a Berger y Luckman (1995) existe una realidad externa a las personas y creada previa a nuestra intervención en ella, el ser humano se inserta en dicha realidad y se apropia de ella, pero en ese proceso también la construye. Siguiendo a Berger y Luckmann (1995), la realidad de la vida cotidiana se constituye por dos categorías: la realidad social objetiva y la realidad social subjetiva. La realidad social objetiva se refiere a aquellos aspectos de la realidad de la vida cotidiana sobre los cuáles existe un consenso más o menos generalizado respecto a lo que conforma dicha realidad. Por ejemplo, en la clínica odontológica se sabe y se acepta que hay docentes, alumnos y pacientes, y que cada uno de esos actores desempeña un rol en particular y tiene ciertas funciones.

Esos mecanismos de interacción generalmente no son cuestionados, forman parte de la vida cotidiana desde antes de que un individuo en particular se inserte en dicho mundo social, es decir, el mundo social existe previa e independientemente de sus miembros individuales; cuando se integra un nuevo miembro, este sabe de antemano que va a desempeñar un rol en dicho mundo social y ya sea que previamente tenga alguna noción de sus labores o que las aprenda en el proceso de integración a dicho mundo social, pero se adapta a esa realidad

social objetiva construida previa e independientemente de su individualidad (Berger y Luckmann, 1995).

Esta realidad objetiva de la vida cotidiana es resultado de la interacción de las personas en situaciones cara a cara, es decir, es una construcción social que se da en contextos específicos. Por lo tanto no hay una realidad universal, sino que existen múltiples realidades dependiendo del contexto, o en otras palabras, de los mundos sociales o estratos de la sociedad. Por ejemplo la realidad objetiva de la vida cotidiana no es la misma en una escuela rural que en una urbana; en una familia de clase alta o una de clase media; en una oficina de gobierno en México que en una de Suecia; en una clínica de enseñanza o en una que no lo sea. Los roles y las funciones de los miembros, y los mecanismos de funcionamiento de las estructuras sociales se diversifican en función de la variabilidad de los mundos sociales y los contextos. Sin embargo, al interior de cada mundo social, esa realidad objetiva se suele dar por establecida e incluso incuestionable. Las personas solo se adaptan a ella y se integran a sus funciones (Berger y Luckmann, 1995).

Por otro lado, dentro de la realidad de la vida cotidiana también existe una realidad subjetiva, que se refiere a las interpretaciones y disposiciones personales de cada persona inserta en distintos mundos sociales. Es la conciencia individual, originada en las experiencias particulares de cada uno de los partícipes de los mundos sociales; pues aunque todos compartan el mismo mundo social y la realidad objetiva, no todos han vivido lo mismo, proceden de distintas familias, han sido miembros de diversos grupos sociales, fueron criados bajo ciertos parámetros por personas distintas. Es decir, son seres individuales, provistos de subjetividad; idénticos en muchas cosas a sus pares, pero únicos en su particularidad (Berger y Luckmann, 1995).

Así, al verse expuestos a la misma situación dentro del mundo social compartido, los diferentes participes pueden reaccionar de distinta manera. Por ejemplo, un niño que nació en una familia de clase baja, y cuya vida se ha caracterizado por la carencia y el hambre, podría

desarrollar una mentalidad inconforme e incluso revolucionaria; pero otro niño que haya crecido en las mismas condiciones, a solo una puerta de distancia del primero, podría desarrollar una mentalidad conformista, opuesta a la de su vecino. Estas diferencias se dan por esa realidad subjetiva, por las experiencias propias de cada uno de los individuos; lo que se haya vivido al interior de sus familias, los amigos con los que convivieron, sus vivencias en la escuela o en el trabajo.

En la vida cotidiana en la clínica odontológica todos los partícipes comparten la realidad objetiva, pero construyen también su propia realidad subjetiva. Dentro del mundo social que es la clínica odontológica está presente el estrés. Pareciera que el estrés académico es una parte constitutiva de dicho mundo social, en una investigación previa (De la Ilata y Lozano, 2018) se documentó que el 100% de alumnos entrevistados de una muestra de estudiantes de odontología mencionan sentir estrés en algún momento de sus prácticas clínicas. Lo que varía es la intensidad y la frecuencia en qué lo sienten, así como la manera de afrontarlo.

Cuando la intensidad es alta y la frecuencia constante, las consecuencias del estrés son notorias en la salud de las personas. Se podría llegar incluso a presentar el llamado Síndrome de Burnout, definido como “un estado de agotamiento físico, mental y cognitivo producido por el involucramiento prolongado en situaciones generadoras de estrés” (Barraza, 2009, p. 274). Sin embargo, como se ha planteado hasta el momento, todo es resultado de la interpretación que las personas le dan a situaciones de la vida cotidiana.

A lo que se pretende llegar con estas ideas, es a decir que en el caso de los estudiantes de odontología y la vida cotidiana en la práctica clínica, el estrés académico se presenta por situaciones que los mismos estudiantes interpretan como estresores. En la práctica clínica el estudiante no ve amenazada su propia vida, como podría suceder en alguna situación de peligro inminente; ve amenazado su futuro profesional, sus calificaciones, su reputación ante el grupo. Todas estas amenazas producen estrés académico, pero son amenazas simbólicas, es decir, están significadas en determinado contexto como amenazas y por lo tanto detonan los

mecanismos fisiológicos que producen el estrés. La vida cotidiana en la práctica clínica, por lo tanto, está marcada por el estrés académico producido por amenazas simbólicas. Y esta interpretación de la realidad es más o menos general en el mundo social que en este caso atañe: la clínica de enseñanza odontológica.

Se parte de la premisa de que la clínica de enseñanza odontológica es un mundo social porque tiene sus propios mecanismos de funcionamiento, tiene reglas implícitas y explícitas, las personas que forman parte de este mundo conocen su rol y sus funciones. Schütz (1993) menciona que los individuos vivencian el mundo como algo compartido por su congéneres, por lo tanto como mundo social, por que comparten con ellos actividades, lenguajes e incluso reglas que aparecen como previas y ajenas a la acción individual.

Heller (1998) dice que la vida cotidiana “es el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social” (p. 19). De alguna manera, las ideas de Heller coinciden con las de Berger y Luckmann (1995) y Schütz (1993); todos reconocen a la vida cotidiana como el campo donde la sociedad se genera y regenera a sí misma a partir de la acción particular enmarcada en la colectividad. Cada persona

Se enfrenta al mundo social desde las coordenadas de su vida particular, enmarcadas por su momento histórico, su clase social de origen, su género, su edad, su lugar de procedencia, entre otras cosas. Sus hábitos, tradiciones, deseos, anhelos, e inquietudes, responden a un contexto determinado y a un grupo social específico (Piña, 2002, p. 61).

Para esta investigación, se toma a un grupo de estudiantes de odontología, de orígenes diversos y biografías particulares, pero con aspectos en común: forman parte de la misma universidad, estudian la misma carrera y hacen prácticas odontológicas en una clínica. Este último aspecto es el que interesa particularmente para este trabajo, se busca describir los mecanismos de funcionamiento de la clínica de enseñanza odontológica, entendida como mundo social, y la manera en que esto se relaciona con el estrés académico percibido por los

propios estudiantes, todo esto como resultado de la construcción social de la realidad de la vida cotidiana.

## **Metodología**

### **Enfoque**

La mayor parte de los estudios que se consultaron como parte del proceso metodológico de esta investigación son de corte cuantitativo, en otras palabras, el estrés es un fenómeno estudiado principalmente desde enfoques cuantitativos o cercanos a las ciencias de la salud. Específicamente hablando de estrés académico sucede lo mismo, Román y Hernández (2011) mencionan que en las investigaciones que abordan este tema “la metodología tiene un enfoque predominantemente positivista, importado desde las ciencias naturales o exactas minimizando el enfoque fenomenológico y paradigma cualitativo” (p. 7).

Sin embargo, se encontraron investigaciones acerca del estrés en estudiantes de nivel superior con metodología cualitativa (González, 2008; Jaramillo, Caro, Gómez, Moreno, Restrepo y Suárez, 2008; Ahumada, Henríquez, Maureira y Ruiz, 2013; Phinder-Puente, Sánchez-Cardel, Romero-Castellanos, Vizcarra-García, Sánchez-Valdivieso, 2014). Pero estas investigaciones son cualitativas únicamente desde un enfoque técnico-instrumental (Martínez, 1999), es decir, hacen uso de técnicas de recolección y análisis cualitativo; pero no se vincula lo anterior con la construcción teórica de cada uno de los objetos de estudio construidos.

Esta investigación parte de un paradigma cualitativo-interpretativo, en concordancia con el marco teórico que se presentó en páginas previas donde se asume una postura constructivista-fenomenológica. Desde esta perspectiva, la realidad social no se da de manera objetiva y ajena a las predisposiciones de los sujetos, sino que es producto de una construcción social y a su vez se involucran aspectos subjetivos e intersubjetivos, mediados por el lenguaje y la cultura, que son también creaciones sociales.

Taylor y Bogdan (1990), mencionan que una investigación cualitativa no implica únicamente la aplicación de técnicas cualitativas, sino que va acompañada de un enfoque



teórico acorde a esta forma de investigar, hay implicaciones de corte epistemológico y ontológico (Martínez, 1999). La pretensión en este capítulo es estudiar el fenómeno del estrés académico desde una postura fenomenológica, por lo tanto cualitativa, pero no sólo en el sentido de recolectar y analizar datos cualitativos, sino buscando la comprensión de una realidad intersubjetiva construida socialmente, en otras palabras, se parte desde un nivel ontológico o paradigmático, considerando las bases mismas de lo que se considera “lo real” o “la realidad”.

### **Técnica de Recolección**

Para la realización de esta investigación se utilizó como técnica la entrevista en profundidad, con el fin de obtener datos que permitieran captar la percepción del estrés y su relación con la vida cotidiana en la clínica dental por parte del estudiantado. Como técnica, la entrevista busca recuperar los significados y sentidos que los sujetos le otorgan a las cosas (Taylor y Bogdan, 1990). En este caso, el estrés académico y su relación con la vida cotidiana en la clínica de enseñanza odontológica, para lograrlo se debe captar la experiencia del sujeto en relación con el objeto.

Se utilizó una guía de entrevista basada en dos categorías principales vinculadas entre sí: a) vida cotidiana en la clínica de enseñanza odontológica y b) percepción del estrés académico. La intención era fomentar la narración libre por parte de los estudiantes entrevistados, por esa razón sólo se elaboraron un par de preguntas detonantes y posteriormente se profundizaba en las respuestas obtenidas. Las preguntas detonantes son las siguientes:

1. Describe cómo te sientes en tus prácticas clínicas.
2. Haz una narración de un día normal en la clínica odontológica.

### **Escenario de Estudio y Muestra**

La población de estudio está formada por alumnos de la Licenciatura de Odontología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM, que al momento de la recolección de datos estudiaban el quinto y séptimo semestres en la clínica periférica de Ecatepec; se eligieron estos

semestres pues se tiene una carga mayor de práctica clínica comparada con los primeros. La elección de esta clínica fue debido a las facilidades de acceso a la misma, pero consideramos que cuenta con características similares a cualquier otra clínica de enseñanza odontológica y sus objetivos son los mismos. Por ello, los resultados obtenidos pueden considerarse transferibles a otros escenarios similares.

La muestra está constituida por 16 estudiantes, de los cuales 11 son mujeres y 5 varones, con un rango de edad de 19 a 25 años. En cuanto a semestres, 9 estudiantes estaban inscritos en el quinto semestre y 7 en el séptimo. Como criterio de inclusión se consideró que todos fueran alumnos inscritos de la FES Iztacala, de la clínica de Ecatepec, de la carrera de Cirujano Dentista dentro del quinto o séptimo semestres. La recolección se realizó en el año 2016 por uno de los autores de este texto, quien funge como docente de la carrera de Cirujano Dentista de la misma institución, pero se cuidó no entrevistar a sus propios estudiantes para evitar problemas de implicación.

Las características de los informantes permitieron obtener información suficientemente diversa, lo que permite su comparación y triangulación. Para definir el número total de estudiantes entrevistados se siguió el criterio de saturación teórica (Taylor y Bogdan, 1990), que permitió juzgar que se tenía suficiente información para dar cuenta el objeto de estudio. Una vez concluida la recolección y análisis se consultó con colegas especialistas en la materia de estudio acerca de la pertinencia y validez de los datos obtenidos y de su forma de procesamiento.

Para garantizar los aspectos éticos de la investigación se entregó a cada participante un formato de consentimiento informado donde se dio a conocer la intención de la investigación, se garantizó el anonimato de los informantes, así como el uso exclusivo de la información aportada para los fines de la investigación. Se remarcó que cada informante tenía la opción de abandonar la entrevista en el momento que lo decidiera; así mismo, su participación fue de

carácter voluntario. Tampoco se hizo distinción por raza o estrato social, creencia religiosa, preferencia política o sexual.

### **Análisis de la Información**

En primer lugar, se transcribieron las entrevistas y se procedió a su re-lectura para comprender su contenido. Posteriormente se utilizó la herramienta informática Atlas.ti para la labor de codificación y categorización. Se utilizó la estrategia de análisis mediante códigos propuesta por Coffey y Atkinson (2003), que plantea seleccionar fragmentos de las entrevistas en función de su contenido temático definido por códigos, a partir de los cuáles surgen categorías analíticas. Los códigos y las categorías mantienen estrecha relación con los conceptos a partir de los cuáles se sustenta la investigación.

Del análisis surgieron 5 categorías analíticas que permiten abarcar el objeto de estudio de esta investigación y cumplir con los objetivos de esta. A partir de estas categorías se pueden describir las dinámicas sociales de la clínica de enseñanza odontológica, lo cual posibilita describir la vida cotidiana en este entorno; también se identifican los principales detonantes del estrés académico para los estudiantes entrevistados, y se permite entender cómo su personalidad y forma subjetiva de vivir el mundo social de la clínica los posibilitan a afrontar el estrés académico. Las categorías son:

1. Gusto o disgusto a la clínica odontológica
2. Un día normal en la clínica
3. Trabajo en equipo y competencia entre estudiantes
4. Docentes y evaluación
5. Estrés y personalidad

Los resultados son presentados siguiendo esas mismas categorías.

## Resultados

- *Del gusto al desencanto*

La clínica escolar es el escenario donde suceden la mayoría de los acontecimientos narrados en las entrevistas realizadas a los alumnos, es el espacio que utilizan los estudiantes para realizar sus prácticas odontológicas en las que el estudiante debe aplicar los conocimientos teóricos adquiridos en las clases con sus pacientes. A algunos estudiantes la práctica clínica les parece muy agradable, es algo que les emociona, ya que la odontología es su pasión y vocación. A continuación, se refieren los comentarios que los estudiantes hacen durante las entrevistas.

*Es algo que me gusta bastante desde que estaba chiquita siempre quise esto y pues entonces, me emociona, con decirle que cuando agarré mi pieza de alta por primera vez e iba a abrir cavidad, sentí como las maripositas en el estómago, como si viera al chico que me gusta. (Anahí, 5°)*

*Me siento bien trabajando, platicando con un paciente, aparte siempre somos psicólogos, que te cuentan todas sus penas y aparte, cuando menos te la esperas, tú también ya estas chismeando con el paciente, ya le estas contando tus cosas. (Ángel, 7°)*

El periodo práctico en la formación de los odontólogos de la FES Iztacala resulta en grandes aprendizajes para los estudiantes, para la mayoría tiene momentos que se llegan a disfrutar. Aunque también se presentan retos, no siempre resulta fácil cumplir con las labores asignadas para aprobar las materias prácticas, como lo dice Brenda: “La clínica ha sido mi mayor coco de toda mi vida” (Brenda, 7°). El trabajo en clínica resulta complicado y en algunos casos, eso se manifiesta en cierto desgano o desencanto, tal y como se comenta a continuación:

*Dentro de lo que cabe pues está bien, o sea, yo este semestre la verdad venía a la clínica porque sabía que era mi obligación venir a la clínica, no porque yo viniera con entusiasmo de ¡Ah, voy a ir a la clínica! (sic) (Graciela, 5°)*

Sin duda, la clínica implica momentos de estrés académico, presenta situaciones a los involucrados en las que deben poner en marcha sus conocimientos, actuar con precisión y lograr resultados satisfactorios. La carga de trabajo es amplia, el ambiente es demandante, se debe debatir con pacientes. Situaciones relativamente nuevas para los estudiantes, y en su conjunto producen un ambiente estresante:

*... (En la escuela) se siente un poquito de estrés cuando ya es término de semestre, que ya todos queremos acabar por acabar, sea como sea. En clínica ya se siente un poquito más el estrés, como de que llegue el paciente, que traiga todo el material, de apurarnos y pues el tiempo también lo tenemos encima. (Enrique, 5°)*

Los estudiantes de odontología suelen estar en dos ambientes diferentes: las aulas en la facultad, donde trabajan los contenidos teóricos con sus docentes y hacen simulaciones en modelos anatómicos; y la clínica, donde aplican la teoría con pacientes reales. De acuerdo al último testimonio, la clínica es el espacio donde se siente más estrés académico por la misma dinámica cotidiana.

- *Un día normal*

Los días en la clínica transcurren entre tratamientos realizados por los estudiantes, la supervisión de los docentes y la convivencia con los compañeros, además de las interacciones con los pacientes. Se preguntó en la entrevista a los estudiantes cómo sería un día normal en la clínica, sus respuestas son indicativas y revelan claves de los puntos antes mencionados:

*Un día normal es cuando llega tú paciente a tiempo, cuando traes todo tú material e instrumental y pues puedes comenzar a trabajar adecuadamente, porque otras veces por lo mismo del estrés y que se te olvidan las cosas no puedes realizar bien los trabajos que se deben... Es que es todo el día, de 7 a.m. a 3 p.m.; bueno, según 3 de la tarde, pero luego cierran antes la clínica, entonces sería como a las 2 p.m. (Anahí, 5°)*

*Hay que estar cazando una unidad para poder trabajar, no están asignadas como tal, bueno, en algunas materias, pero en la mayoría no; hay muchas materias en las que se trabaja en pareja. (Ángel, 7°)*

*Uno llega, si tiene uno paciente, empieza a limpiar la unidad, acomodar sus cosas, ya después pasa su paciente y lo empezamos a atender. (Jessica, 5°)*

*Los lunes, cuando me toca prótesis; si es prótesis es el día más estresado que pudiera haber. (Graciela, 5°)*

*A las 7 a.m. inicia. Vengo nada más 3 días porque soy recursadora, que es lunes, martes y miércoles en lo clínico. Es de 7 a.m. a 12 p.m. ahorita, en ocasiones salimos a las 3 y pues son días que no dejamos de atender paciente tras paciente, uno por hora. (Miriam, 7°)*

*Los primeros semestres se me hacían muy pesados, también tenía más problemas gástricos, porque entrábamos a las 7 a.m. y salíamos hasta las 2 p.m. y por lo general eran corridas las horas y no me daba tiempo de comer. (Zirey, 7°)*

*Un día en la clínica, pues depende, los días que son prácticos, obviamente, o pueden ser muy pesados o puede ser muy fácil, dependiendo, para empezar de tus pacientes, porque tú puedes venir muy dispuesto a atender a alguien o a dar tu consulta pero si tu paciente no viene o te cancela a final de cuentas, pues no, todo se arruina. (Nadia, 5°)*

Como se puede observar, la clínica es un ambiente demandante: se trabaja durante varias horas de manera continua, se debe atender paciente tras paciente, lidiar con los compañeros y los docentes, coexistir en un espacio de trabajo compartido. En este ambiente de trabajo se ponen en juego cuestiones inherentes al mismo sujeto, como sus habilidades y conocimientos al momento de realizar intervenciones con los pacientes; y también otras pertenecientes al entorno, como los materiales de trabajo, las unidades para atender pacientes, o el paciente mismo.

De acuerdo a los testimonios, unos de los detonantes principales del estrés académico es la sobrecarga de trabajos con pacientes, lo que reduce los momentos de descanso y relajación, y aumenta los momentos de estrés.

En relación a los pacientes, basta decir que tienen un papel esencial, ya que si no se presentan a la cita, el estudiante no puede trabajar y de eso depende su calificación, que en las materias clínicas depende de la cantidad de tratamientos finalizados que logren hacer, si hacen menos de los requeridos, su calificación baja. En este sentido, los pacientes son fundamentales, ya que sin pacientes no hay calificación; y depende de cada estudiante captar y mantener a sus pacientes. (FESI-UNAM, 1992)

- *Trabajo en equipo y competencia*

El hecho de convivir con otros compañeros se convierte en un generador de estrés académico, el “cazar las unidades de trabajo”, el trabajar en equipo en un mismo tratamiento, la competencia que se genera al interior de la clínica para hacer más tratamientos y así obtener mayor calificación. Respecto a estas situaciones se refieren los siguientes testimonios:

*Por ejemplo, en cirugía trabajamos 4, en integral trabajamos en parejas; sí hay materias que nos dejan trabajar individual, pero casi todas son en parejas o en equipo. (Zirey, 7°)*

*Compartimos clínica con los demás compañeros, todo funciona, tiene que funcionar, así es como se maneja. (Ángel, 7°)*

*Creo que hay momentos, entonces algunas veces te puedes llevar muy bien, pero otras veces de plano ya te estás diciendo de todo y es feo. (Anahí, 5°)*

*En un ambiente así siempre va a haber competencia, a lo mejor, te comento, a mí no me gusta ser competitivo pero hay que compañeros sí son así, que te dicen, llevo tal y no sé qué, llevan más trabajos; igual en operatoria, el que lleva más resinas, más amalgamas, como que te van diciendo, vas a reprobado, o están así; más bien esa pregunta es como para ver, ¡chin! Voy retrasado, están viendo que vas más atrasado o que van más*

*atrasados, están midiendo ese tipo de situaciones, con los trabajos, para su calificación, obviamente. (Enrique, 5°)*

*Entre los demás hablan y dicen, ¡trabaja súper feo!, ¿ya viste como le quedó?, ¡qué asco! Eso sí llega a pasar, no sé si él no se entere, pero entre nosotros sí llegamos a comentar. Yo creo que cada quien hace sus cosas y lo que sea, pero llegan a un punto en el que hay compañeritos no tan buena onda; a mí me llegó a pasar que yo tenía tanto miedo o no sabía cosas y hay gente que sí lo sabe y es como burla, ¿Si me explico?, burla hacía ti, que no sabes y cómo es posible que no sepas. (Brenda, 7°)*

Los testimonios evidencian un ambiente de competencia, en ocasiones incluso de burla ante aquel que lleva menos procedimientos realizados o tiene dudas al respecto, situaciones que incluso se podrían clasificar como acoso o *bullying*, aunque las palabras de Ángel y Anahí muestran que también hay momentos de armonía, de buen trabajo en equipo. Pero como en todo ambiente de trabajo, las demandas del mismo y la necesidad de cumplir con ciertos requerimientos provoca momentos de tensión.

- *Docentes y evaluación*

Otro punto a considerar como parte de la vida cotidiana en la clínica es el papel que desempeñan los docentes, que fungen como coordinadores y supervisores de las actividades de los jóvenes discentes, además son los responsables de la evaluación de las asignaturas, misma que se otorga en función del número de tratamientos concluidos por cada alumno, más allá de la calidad de los mismos. Los profesores suelen establecer escalas que permiten a los alumnos acceder a la más alta calificación en función del número de tratamientos realizados.

*Depende, cada doctor hace como que su escala. (Zirey, 7°)*

*Por ejemplo, un removible tiene 5,000 puntos; una prostodoncia tiene 5,000 puntos; un curetaje vale 1,000 puntos; una endodoncia dependiendo si es unirradicular, polirradicular, qué tanto porcentaje; una resina vale 400 puntos; una amalgama creo que 300. Y así tienes que juntar tantos puntos hasta llegar a 35,000. (Brenda, 7°)*



*Te pueden reprobarte, por ejemplo, hay profesores que te dicen que si no terminas a tu paciente es como si no hubieras cursado nada. Las condiciones de los profesores son... (duda) su escala evaluativa o su escala para poder cursar es, de entrada, terminar a tu paciente, para que tú puedas pasar tu materia, tienes que terminar a tu paciente. (Ángel, 7°)*

*Una prótesis removible son 5,000 puntos, pero tú tienes que llegar a 35,000 para tener tu 10 en clínica, pero pues obviamente para una prótesis removible, no nada más es colocar la prótesis, sino rehabilitar a todo tu paciente, pero a veces los pacientes no están dispuestos a hacer todo ese cambio. (Valeria, 7°)*

Como se observa, la evaluación depende en gran medida de lo que se ha descrito en los apartados anteriores: el cumplimiento de un horario, la disponibilidad de espacios para trabajar, la presencia y disposición del paciente, la convivencia con otros compañeros, y sobre todo, el cumplimiento de los tratamientos, que son valorados según la escala elaborada por cada docente, que se encargan de supervisar el trabajo de los estudiantes.

Aunado a lo anterior y para sumar un elemento más al estrés académico en la práctica clínica, muchas veces las evaluaciones no son tan objetivas como se narran en los testimonios anteriores, sino que vienen viciadas de preferencias por parte de los docentes, así lo considera Miriam:

*En esta clínica hay muchos profesores que son como... una descripción sería como elitista, que se agarra un grupito, y ese grupito saca 10. Y los demás, ¡qué Dios los bendiga! (Miriam, 7°)*

El profesor de la clínica es el responsable de la supervisión y evaluación de las materias prácticas, desarrolla un papel importante en la vida cotidiana dentro de la clínica. Algunos estudiantes entrevistados consideran al docente como un elemento estresor, pero eso depende de la percepción que tengan del mismo, y ésta se basa en sus experiencias individuales en la interacción con los docentes.

*Si uno se siente apoyado creo que disminuye un poco ese temor. Pero si es un maestro no agradable, porque hay maestros que en la práctica clínica son muy duros, uno entiende que apenas está aprendiendo, aunque eso no es motivo de no saber, pero si no hay ese apoyo por parte del profesor, creo que sí. (Brenda, 7°)*

*Eso me causa mucho estrés, acercarme con ciertos profesores, ciertos, no digo que todos porque muchos sí tienen ese modo de explicarte; yo al menos sé que si eres profesor es porque te gusta y vas a explicarlo ¿no?, pero hay muchos que no lo hacen. (Graciela, 5°).*

*Si es un profesor que me da miedo, digamos, porque se ve muy estricto, me estresa, por ejemplo hay un doctor así en clínica de operatoria y pues siempre que hemos hablado, me ha hablado bien, cuando va a revisar a mi paciente, me ha hablado bien, pero como es medio especial, si llegas un poquito tarde y se enoja, aunque tengas clínica de exodoncia antes y por eso te tardes; aunque no lo conozco al 100%, siento que es impaciente y eso me estresa. Por ejemplo, no es al que le hablo para que me revise, si llega pues ya ni modo, pero no lo busco. Trato de evitarlo en la clínica y eso me estresa, o sea, es como alguien que te tienes que fijar y eso es, ¿para qué lo haces?, pues te estresa. En cambio, si hay un profesor que te habla bien, te explica las cosas, es calmado, no me estresa y como que es más fácil la convivencia. (Laura, 5°).*

*En prótesis, a mí me estresaba mucho la actitud de la profesora, porque no inspiraba tanta confianza, o sea, todo lo quería de ¡ya!, bien hecho y pues nunca nos daba tiempo de nada, entonces, yo creo que la actitud de esa profesora me estresaba bastante. En cambio, otros que te dan un poquito más como de... ¡relájate!, mira la cosas se hacen de este modo, todavía te quedan tantas clases, y eso te tranquiliza un poco y hasta lo haces mejor, en cambio el otro, por las prisas pues como que no. (Anahí, 5°)*

Los testimonios indican que hay profesores que generan confianza y por lo tanto ayudan a reducir el estrés académico que producen los tratamientos a realizar en la clínica. Pero se mencionan casos en que la personalidad del profesor, su forma de explicar, su paciencia o

ciertas características de este provocan rechazo en los estudiantes, lo que contribuye al incremento de su estrés académico.

Otra situación que se hace presente en relación a los profesores, aunque no directamente relacionada con su carácter o actitud, pero que sí identifican los estudiantes entrevistados como generadora de estrés académico, es el cambio o diferencia de criterios entre los distintos profesores en la misma clínica, ya que varios de ellos supervisan el trabajo del mismo grupo de alumnos, con relación a esto se menciona lo siguiente:

*Que los profesores no vayan a revisarte y que uno te dice una cosa y otro te diga otra.*

*(Jessica, 5°)*

*Aquí ha habido maestros que, cuando uno de ellos está ocupado, te dice, vaya a revisarse con el otro, y el otro ya le cambió el punto de vista. (Miriam, 7°)*

*Se supone que te están diciendo que ya estás haciendo un trabajo correcto, que de repente lo cambien, por ejemplo, si es una resina o una amalgama, ¡híjole!, la amalgama esta difícil rebajar, porque se puede fracturar porque aún no ha cristalizado bien; si es una resina, bueno, puedes rebajar la resina, pero aun así. Es el cambio de opiniones, de criterios de los maestros. Que nos den criterios unos diferentes a otros, porque en esos criterios nos han provocado hacer iatrogenias. (Miriam, 7°)*

*A veces porque luego uno te dice: hazle esto, y le preguntas al otro y te dice: ¡pero ya estaba bien! Te dan opiniones diferentes. (Valeria, 7°).*

La diferencia de opiniones y perspectivas respecto a los tratamientos que realizan los alumnos es causante de estrés académico, ya que como estudiantes se encuentran en proceso de formación y con frecuencia dudan de sus propias acciones ante los pacientes. Lo expresado en sus palabras demuestra que esas diferencias de criterios causan confusión, molestia, inseguridad, incluso pueden llegar a cometer iatrogenias o errores en los tratamientos.

La supervisión por parte de los docentes es una causa de estrés académico, pero los testimonios también revelan un nuevo problema en el sentido contrario: hay ocasiones en que

los profesores no pueden estar presentes para la revisión debido a su propia carga de trabajo, es decir, dejan solo al estudiante con su paciente, eso provoca, ocasionalmente, inseguridad y estrés. Pues los estudiantes dudan haber hecho lo correcto, lo cual es lógico pues se encuentran en proceso formativo.

- *Estrés y personalidad*

En los apartados anteriores se describe el ambiente cotidiano que se vive en la clínica, sin embargo, el estar en el mismo ambiente no quiere decir que todos reaccionen de la misma manera al mismo estresor. La forma en que se hace frente a las demandas del entorno depende en gran medida de la personalidad y disposiciones personales de cada individuo. La realidad subjetiva de la que se hablaba antes.

Existen personas que no se estresan demasiado, aun cuando el entorno les demanda mucho, son los que indican tener niveles de estrés académico bajos. Algunos testimonios de las entrevistas permiten ejemplificar lo anterior.

*Yo soy como muy relax, de ¡ah! no pasa nada, si me estreso o me enojo, pues no gano nada, entonces es algo que me caracteriza, lo único que me podría preocupar es al momento de las calificaciones. (Ángel, 7°)*

*Hay personas que son como muy ansiosas todo el tiempo, yo siento que sí me estreso pero no siento que sea tan ansiosa, ya si no hice algo, pues ya, me estreso en el momento en que lo tengo que hacer, pero si ya no lo hice, ya por mucho que haga algo, ¿de qué me sirve que me ponga nerviosa o ansiosa?, si no lo hice y nunca me importó, ya para que al final me importa. A lo mejor en clínica es cuando me estreso, pero ya saliendo, se queda ahí en la clínica, que es lo importante. (Graciela, 5°)*

*Me daba un poquito de miedo llegar a la carrera, pero ya estando aquí te vas acoplando poco a poco a toda la vida del estudiante en la facultad; es poco a poco el estrés con el que vas luchando y vas moderando un poco. (Enrique, 5°)*

Es decir, cada persona, en función de su propia personalidad, reaccionará ante las situaciones generadoras de estrés académico, lo que determina alcanzar un nivel mayor o menor que depende del individuo en particular. Más allá del estrés académico que se presente, los estudiantes deben cumplir con su trabajo, lo que representa liberarse de esa tensión y del estrés. La calificación también está en juego, así que se debe aprender a vivir con el estrés, o al menos a controlarlo para cumplir con las obligaciones. Este grupo de personas son las que manifiestan tener un nivel de estrés académico medio, y las siguientes son algunas de sus palabras:

*Creo que un intermedio, podría decir que por momentos, alto y a veces bajo porque los días que vienen todos mis pacientes y son trabajos fáciles, por ejemplo resinas o amalgamas, es muy fácil; pero los días que son incrustaciones y las cavidades son muy grandes, me llevo más tiempo y mi otro paciente llega, eso me estresa demasiado.*

*(Nadia, 5°)*

*Me estreso y no siento que afecte mi comportamiento en clínica, porque me estreso pero me apuro y hay personas que se estresan y se ponen muy nerviosas, entonces siento que ahí te afecta más, incluso hacer las cosas más lentas, cuando te pone nervioso el no saber, o no sé porque se pongan nerviosas. Tengo compañeros que si se ponen muy nerviosos cuando van a hacer algo que a lo mejor no han hecho y siento que eso afecta al paciente, porque te tiene que ver seguro. (Valeria, 7°)*

La clínica es un ambiente generador de estrés académico, pero para comprender este fenómeno no se puede soslayar el entorno complejo en el que viven los alumnos; la clínica no es todo en su vida, también deben convivir con su familia, amigos, enfrentar situaciones que plantea la vida urbana como la inseguridad y los largos trayectos, cuestiones referentes a la economía, entre otros. Todo ello, sumado a las exigencias escolares, hacen que este grupo de estudiantes vivan en constante estrés, lo cual es una situación común para la generalidad de la población, sobre todo en ambientes urbanos.

## Discusión

Al analizar los testimonios obtenidos de las entrevistas realizadas a los estudiantes de Odontología de la FES Iztacala respecto a su vida cotidiana en la práctica clínica y su percepción del estrés académico en dicho espacio, resulta claro que el estrés académico está siempre presente; es como si fuera un elemento constitutivo de esa realidad cotidiana. Todos los alumnos entrevistados lo mencionan como algo normal en su día a día. El estrés académico es parte de la vida cotidiana así como lo son la presencia de profesores, de alumnos y de pacientes, cada uno desempeñando su rol; también lo es la evaluación por medio de los tratamientos que los alumnos realizan a los pacientes; el trabajo en equipo entre los estudiantes; el material y los espacios de trabajo.

Todos los elementos antes mencionados forman parte, entonces, de la realidad objetiva de la vida cotidiana en la clínica odontológica. Son parte de la estructura de este mundo social; que funciona de la manera que lo hace por la presencia de esos elementos y la actuación en consecuencia de los sujetos que ahí coexisten (Schütz, 1993). Todos esos elementos son, por así decirlo, de carácter permanente. Los sujetos, por su parte, son transitorios e intercambiables; hace algunos años, y dentro de algunos años más, los sujetos que coexisten en la clínica odontológica fueron y serán otros. Pero seguirán existiendo profesores, pacientes, alumnos, evaluaciones, trabajo en equipo, materiales, espacios de trabajo y estrés académico.

Los elementos constitutivos de la realidad de la vida cotidiana son los que dotan de estructura a los mundos sociales, gozan de un consenso más o menos generalizado entre los miembros de los grupos sociales y, por ello, difícilmente se les cuestiona o se les modifica. Los sujetos llegan a un espacio, reconocen su estructura y se adaptan a la misma, cumplen su función en el mundo social en el que se encuentran. Así, cada sujeto reproduce y perpetúa la estructura de la sociedad. La transformación de algún aspecto de la realidad objetiva de la vida cotidiana, es decir de sus estructuras, requiere de un consentimiento generalizado que surge usualmente de la conciencia colectiva que demanda un cambio. Sin esa necesidad

generalizada de cambio, las cosas suelen mantenerse estables, sin cambios notorios. Los cambios de este tipo se tratan de movimientos sociales y cambios culturales donde los sujetos asumen un papel activo en la construcción de su vida y su entorno, ya no sólo como consumidores o reproductores de la sociedad, sino como actores de la misma (Touraine, 2006).

En el tema del estrés académico, como se ha mencionado, parece formar parte de la estructura social de la clínica de enseñanza odontológica. Lo cual tiene cierto sentido, pues el estrés permite al individuo resolver con éxito las situaciones apremiantes y demandantes de la vida cotidiana; lo coloca en un estado de alerta para actuar con precisión. Hablando de salud bucal, se requiere precisión y concentración para lograr tratamientos exitosos con los pacientes, pues está en juego la salud y el bienestar de otra persona. El estrés académico, en este caso, es necesario para lograr un buen desempeño.

Pero el problema radica en que los estudiantes consideran como estresores académicos muchos de los elementos que constituyen la estructura social de la clínica: las calificaciones, los profesores, las instalaciones, el material, los horarios de trabajo, el trabajo en equipo, la competencia y hasta la convivencia con compañeros estudiantes. A eso se suman otros estresores que provienen de la vida de cada estudiante fuera de la clínica: problemas financieros, familiares, o de pareja; el tráfico; la lejanía de su hogar con sus centros de estudio o trabajo; el clima; la contaminación, etc.

Tenemos un escenario donde los estudiantes no dejan de exponerse a potenciales factores estresores, lo que podría llevar a que su nivel de estrés sea excesivo. Cuando esto sucede, el rendimiento de las personas se vuelve inestable, se presentan síntomas de agotamiento o fatiga crónica, y hay repercusiones en la salud física y mental (Monarrez, 2009). En el otro extremo se encuentra la falta de estrés, que tiene como consecuencia la falta de ímpetu y energía. Usualmente, las personas que viven sin estrés son personas apáticas e indecisas, aquellas que eluden cualquier responsabilidad (Monarrez, 2009). Este grupo de personas son conscientes de las demandas que exige la sociedad para ser un miembro

“exitoso” de la misma; pero deciden conscientemente eludirlas. En las entrevistas realizadas a los estudiantes que conforman la muestra de esta investigación no existe alguna persona que se ajuste a estas características; todos dicen sentir el estrés y buscan el éxito académico con miras a su futuro profesional. Se vive en una sociedad que premia el esfuerzo y la constancia. Quien desee ser exitoso debe adaptarse a las demandas del medio, y superar los retos a los que se encara. Bajo esta lógica, pareciera que para tener éxito, hay que asumir el estrés como parte de la vida. Pero hacerlo tiene graves consecuencias.

Lo ideal sería aprender a controlar el estrés, a mantenerlo en un nivel moderado; cuando esto sucede el individuo manifiesta satisfacción personal en cuanto a su rendimiento, manteniéndose ocupado y en alerta, y cuando en determinado momento la carga de exigencias es demasiada, se esfuerza por realizar sus actividades lo mejor posible y manejar de manera razonable el estrés con el que trabaja; el rendimiento es óptimo (Monarrez, 2009).

En los testimonios presentados en las páginas previas se pudo observar que existen algunos estudiantes que dicen controlar adecuadamente sus niveles de estrés académico. Pero también están aquellas personas que no cuentan con esa capacidad y viven constantemente estresadas. El pertenecer a uno u otro grupo depende de la personalidad de cada persona, de sus experiencias, de los círculos sociales en los que se ha vivido; es la realidad social subjetiva, la manera individual en que las personas viven la realidad objetiva.

Aquí, deseamos enfatizar que el estrés académico que los estudiantes viven en la clínica se debe a situaciones que ellos mismos perciben como estresantes, y se pone especial énfasis en el término de percepción, pues no son situaciones que representen una amenaza real a la vida o la integridad física, son amenazas simbólicas. El estrés, por ello, es una construcción social instituida e interiorizada en la estructura social y en la conciencia individual.

Como toda construcción social, es posible transformarla; pero requiere en primer lugar la concientización del fenómeno como algo construido en sociedad. Una vez que se genera esa conciencia, es menester reflexionar, y toda acción reflexiva es una acción transformadora.



Heller (1998) considera que la vida cotidiana se presenta como algo oculto para la persona que la vive, pues se rutiniza y se vuelve irreflexiva; en la vida cotidiana los individuos no suelen reflexionar sus actos, se limitan a actuar. La única manera de romper con la vida cotidiana, y transformarla, es mediante el acto reflexivo, que lleva a pensar en las causas, las consecuencias, los procesos y actores involucrados; la pertinencia o necesidad de ciertas acciones.

La reflexión es algo personal, ayuda a transformar la vida de las personas, es un acto de introspección, como tal depende de cada quien involucrarse en estos procesos; y la realidad es que pocas veces sucede lo anterior. Heller (1998) considera que las personas no suelen reflexionar respecto a sus actividades, porque tienden a rutinizarlas y mecanizarlas. En entornos laborales, por ejemplo, esta mecanización lleva a una alienación de las labores; no se comprende lo que se está realizando, simplemente se realiza.

Román y Hernández (2011), al discutir críticamente respecto al concepto de estrés académico, mencionan que en los estudios publicados al respecto se centraliza el fenómeno en el estudiante (principalmente tomando como ejes los agentes generadores de estrés, el afrontamiento y las consecuencias en la salud), todo desde una perspectiva psicológica donde se dejan de lado los procesos y actores asociados al proceso educativo en general, por ejemplo la gestión escolar o la didáctica, vistos desde las Ciencias de la Educación.

La propuesta de Román y Hernández (2011) permite entender el estrés académico desde una perspectiva más completa, si a eso se le suma una visión sociológica, como la presentada en este trabajo, se logrará una comprensión más profunda del fenómeno y se podrán idear acciones que permitan actuar ante este grave problema de salud pública.

### **Conclusiones**

Al entender el estrés académico como parte de la estructura social de la clínica de enseñanza odontológica, como parte ineludible de la vida cotidiana, se le da por hecho, se asume como tal y no se cuestiona. Y aunque se puede actuar ante él de una u otra manera, en

tanto no se reflexione al respecto, sigue apareciendo como un elemento presente, pero invisible. Se sabe vagamente acerca de sus causas y consecuencias, pero no se conocen en profundidad.

El estrés es resultado de la interpretación que los individuos hacen de diversas situaciones en su vida cotidiana, se trata de amenazas simbólicas. Y como se vio en los testimonios, la práctica clínica odontológica parece ser un entorno demasiado amenazante. Y esto no es sólo cuestión de los alumnos, es un asunto que se relaciona con los espacios de enseñanza, con los diversos actores que interactúan en ese ambiente, con la gestión escolar, con la didáctica, con el currículum.

Se necesitan abordajes a esta problemática desde la interdisciplinariedad, no sólo como un problema de salud o psicológico, sino como un problema de orden sociológico y pedagógico, e incluso antropológico, pues el estrés está ya interiorizado en la cultura, en este caso, la cultura escolar.

Este documento es una invitación a reflexionar y transformar esta realidad, invitamos a los profesores a discutir al respecto, a los alumnos también. Pero no sólo eso, creemos que es necesario incluir estos temas en los planes de estudio formales. El estrés académico, hoy en día, es un gran problema y tiene graves consecuencias. Pero su atención no se puede limitar a atender las consecuencias del mismo, sino a analizar sus raíces, y como se discutió en estas páginas, sus raíces están en la construcción social de la realidad de la vida cotidiana.

## **Referencias**

Abu-Ghazaleh, Suha; Lamis Darwish Rajab y Sonbol Hawazen (2011). Psychological Stress Among Dental Students at the University of Jordan. *Journal of dental education*. 75(8). 1107-1114.

[https://www.researchgate.net/publication/51558624\\_Psychological\\_Stress\\_Among\\_Dental\\_Students\\_at\\_the\\_University\\_of\\_Jordan](https://www.researchgate.net/publication/51558624_Psychological_Stress_Among_Dental_Students_at_the_University_of_Jordan)

- Ahumada, B.; C. Henríquez; F. Maureira y V. Ruiz (2013). Estrés estudiantil, un estudio desde la mirada cualitativa. *Investigación cualitativa, estudios de pregrado*. 1(15). 1-16.  
[http://www.ubiobio.cl/miweb/webubb.php?id\\_pagina=6165](http://www.ubiobio.cl/miweb/webubb.php?id_pagina=6165)
- Álvarez González, Miguel Ángel (1989). *Stress: Un enfoque psiconeuroendocrino*. La Habana, Cuba: Ministerio de Salud Pública.
- Alzahem, Abdullah M.; Henk T. Van der Molen; Arwa H. Alaujan, y Benjamin J. De Boer (2014). Stress management in dental students: A systematic review. *Advances in medical education and practice*. 2014(5). Pp: 167-176. DOI: [10.2147/AMEP.S46211](https://doi.org/10.2147/AMEP.S46211)
- Barraza Macías, Arturo (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3), pp. 110-129.  
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/19028>
- Barraza Macías, Arturo (2009). Estrés académico y burnout estudiantil. Análisis de su relación en alumnos de licenciatura. *Psicogente*. 12(22), 272-283. :  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3265008>
- Berger, Peter y Thomas Luckmann (1995). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bugarín González, Rosendo; Pablo Galelo Feal; Abel García García y Pedro Rivas Lombardero (2005). Los trastornos músculo esqueléticos en los odontoestomatólogos. *RCOE*, 10(5-6). pp. 561-566. [http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v10n5-6/puesta\\_dia2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v10n5-6/puesta_dia2.pdf)
- Cannon, Walter (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
- Coffey, Amanda y Paul Atkinson (2003). Encontrar sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín: Universidad de Antioquia.
- De la llata Villaseñor, Carlos Alberto y Elí Orlando Lozano González (2018). Estrés académico en la práctica clínica del odontólogo en formación. *Revista de Educación y Desarrollo*. Ene-Mar (44). pp. 17-28.  
[http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/44/44\\_DelaLlata.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/44/44_DelaLlata.pdf)

- FESI (Facultad de Estudios Superiores Iztacala) – UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) (1992). *Plan de Estudios de la Carrera de Cirujano Dentista, Campus Iztacala*. México: FESI-UNAM. pp. 629-719.
- González Vigil, M. del Pilar (2008). Percepción del estrés, experiencias académicas estresantes y afrontamiento en los estudios: una investigación comparativa entre estudiantes de educación de Perú y Suecia. *Revista educación*. XVII(32), 49-66. : <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/educacion/article/view/1799>
- Hamilton, Teresa y Robert Schweitzer (2000). The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000(34), pp. 829-835. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2000.00801.x
- Heller, Agnes (1998) *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.
- Jaramillo D., Gonzalo; Henry Caro; Zaira Astrid Gómez Parra; Juan Pablo Moreno Bedoya; Erika Andrea Restrepo Pabón; María Cristina Suárez Mejía (2008). Dispositivos desencadenantes de estrés y ansiedad en estudiantes de odontología de la Universidad de Antioquia. *Revista facultad de Odontología Universidad de Antioquia*. 20(1). 49-57. : <https://revistas.udea.edu.co/index.php/odont/article/view/2369>
- Martínez Miguelez, Miguel (1999). *La nueva ciencia: su desafío, lógica y método*. México: Trillas.
- Melgosa, Julián (1995). *¡Sin estrés!* Madrid: Safeliz.
- Monarrez Ríos, Alfonso Javier (2009). *Diccionario de Pedagogía y Psicología*. Madrid: Grupo Cultural.
- Moore, Rod y Inger Brodsgaard (2001). Dentists perceived stress and the relation to perceptions about anxious patients. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29(1), pp. 73-80. DOI:10.1034/j.1600-0528.2001.00011.x
- Naidu, Rahul S.; Jerry S. Adams; Donald Simeon y Suzette Persad, (2002). Sources of stress and psychological disturbance among dental students in the West Indies. *Journal of*

*Dental Education*, 66(9), pp. 1021-1030. :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12374261>

Phinder-Puente, Marian Elizabeth; Alfonso Sánchez-Cardel; Francisco Romero-Castellanos; Joseph Vizcarra-García y Enrique Alejandro Sánchez-Valdivieso (2014). Percepción sobre factores estresantes en estudiantes de medicina de primer semestre, sus padres y sus maestros. *Investigación en Educación Médica*. 3(11). 139-146. DOI: [https://DOI.org/10.1016/S2007-5057\(14\)72740-1](https://DOI.org/10.1016/S2007-5057(14)72740-1)

Piña Osorio, Juan Manuel (2002). *La interpretación de la vida cotidiana escolar*. México: Plaza y Valdéz.

Román Collazo, Carlos Alberto y Hernández Rodríguez, Yenima (2011). El estrés académico, una revisión crítica del concepto desde las ciencias de la educación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14(2). 1-14. :  
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/26023>

Sapolsky, Robert (2008). *¿Por qué las cebras no tienen úlceras? La angustia del estrés*. Madrid: Alianza.

Schütz, Alfred (1993) *La construcción significativa del mundo social: introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona: Paidós.

Slipak, Oscar Eduardo (1991). Historia y concepto del estrés. (1ra parte). *ALCMEON. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 1(3), 355-360. :  
[http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03\\_08.htm](http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_08.htm)

Stora, Jean Benjamin (1991). *El estrés: qué sé*. México: Publicaciones Cruz.

Taylor, Samuel James y Robert Bogdan (1990) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.

Touraine, Alain (2006). *Crítica de la modernidad*. México: FCE.

# DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD ESCOLAR EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Y EL IMPACTO EN SU DESEMPEÑO ACADÉMICO

**Oscar Siqueiros Frayre**

*Universidad Autónoma de Baja California*

**Ma. Antonia Miramontes Arteaga**

*Universidad Autónoma de Baja California*

**Karla Yudit Castillo Villapudua**

*Universidad Autónoma de Baja California*

## **Resumen**

El siguiente trabajo presenta un diagnóstico que muestra el estado de ansiedad que experimentan los estudiantes universitarios y el impacto que esta tiene en su desempeño académico, sustentando teórica y metodológicamente la relación entre estas variables como parte de los objetivos de la investigación. La muestra corresponde a 163 estudiantes (158 mujeres y 5 hombres de entre 19 y 46 años de edad) de etapa disciplinaria de la Licenciatura en Asesoría Psicopedagógica (LAP) de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales (FHyCS) de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC) en la ciudad de Tijuana, B.C., México. El diseño fue de tipo no experimental y de relación causa efecto. Se utilizó el enfoque mixto, aplicando la escala de ansiedad AMAS-C que comprueba la problemática y entrevistas no estructuradas a alumnos y profesores analizadas mediante el Método de Comparación Constante, que detallaron la manifestación, causas y consecuencias de la misma. Se muestra como la ansiedad presente es detonada por exámenes, exposiciones y trabajos finales, siendo provocada por una serie de diversas demandas que la educación a este nivel exige, y que de

no ser tratada impacta negativamente en el desempeño y funcionalidad de quienes se ven afectados por la problemática. Se concluye exponiendo cómo este problema perjudica el bienestar psicológico y desempeño académico, limitando el desarrollo de competencias esenciales para un futuro profesional exitoso. Asimismo, plantea algunas directrices para disminuir este estado.

**Palabras Clave:** Ansiedad Escolar, Desempeño Académico, Autorregulación, Autodeterminación, Bienestar Psicológico.

### Introducción

Actualmente la ansiedad es uno de los problemas de salud mental más comunes del planeta, así como de los de mayor causa de incapacidad laboral (OMS, 2017). Esta disfuncionalidad también se ve reflejada en otros sectores de la vida, como los sociales y escolares. La ansiedad se presenta como la percepción de una situación amenazante, la cual produce una preocupación excesiva al interpretar que esta es difícil de controlar, y anticipándose a posibles consecuencias nocivas para el individuo, siendo o no peligroso el evento suscitado. Se producen alteraciones psicológicas y fisiológicas que pueden llevar a una disfuncionalidad del individuo, que puede disminuir si se atiende a través de procesos psicoterapéuticos, pero de no hacerlo las consecuencias pueden llevar a desarrollar un trastorno de ansiedad.

La ansiedad presentada como rasgo o estado en condiciones escolares es uno de los factores que afectan el desempeño académico, el cual se ve reflejado en la ejecución de actividades que evidencian la adquisición de aprendizajes relacionados a la calificación otorgada. El rendimiento se vuelve un tema complejo al tener que evaluarse, considerando un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que los estudiantes deben ser capaces de desempeñar con éxito.

En diversos casos, la ansiedad escolar está ligada con el bajo desempeño académico de los estudiantes, causando no solo bajo aprovechamiento escolar, sino también afectando el bienestar psicológico y salud de los individuos. Un ejemplo de ello es el caso de los estudiantes de la Licenciatura en Asesoría Psicopedagógica pertenecientes a la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Baja California, quienes presentan niveles altos de ansiedad escolar y conductas evidentes que reflejan la existencia de la problemática.

De no ser tratado, las consecuencias no sólo impactarán académica y personalmente a los estudiantes, sino en un futuro su carrera como profesionista. Por lo anterior se consideró pertinente llevar a cabo una investigación que en primer momento considerara un diagnóstico que pusiera de manifiesto el nivel de ansiedad que presentan los estudiantes y cómo ésta afecta sus actividades cotidianas, y con ello estar en condiciones de elaborar una propuesta que atienda dicha problemática. Toda la información obtenida fue con el consentimiento tanto de las autoridades de la institución como de los participantes que formaron parte de la muestra para la obtención de la información.

La presente investigación pretende realizar un diagnóstico que muestre el estado de ansiedad que experimentan los estudiantes universitarios y el impacto que este tiene en su desempeño académico. Se realiza una revisión bibliográfica que explique la relación entre la ansiedad escolar y el desempeño académico, así como antecedentes previos de investigaciones que muestran la ruta metodológica utilizada en este tipo de trabajos. Asimismo, se analizan hallazgos de observaciones del fenómeno, evaluación de resultados de pruebas estandarizadas que revelan la presencia de ansiedad y análisis de entrevistas que profundizan en la experiencia de presentar ansiedad escolar y sus consecuencias académicas. También se busca descifrar las causas y efectos principales que influyen en el desarrollo de ansiedad escolar y cómo esta afecta el bienestar psicológico.



## Marco Teórico

### Antecedentes

Entre los diversos estudios que se han realizado para conocer la relación entre el nivel de ansiedad y el desempeño académico, destaca el realizado en la Universidad de San Buenaventura de Bogotá Colombia, utilizando el método descriptivo, su muestra fueron estudiantes de tercero a quinto grado de primaria de diferentes colegios en Bogotá, conformando un grupo de 184 niños, de entre 8 y 11 años. Se les aplicó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS-R, la Lista de Chequeo de la Conducta Infantil–Formato para padres de Achenbach y Edelbrock (CBCL) y se llevó a cabo la revisión de la boleta de los niños para conocer su desempeño académico. Dentro de los resultados se muestra que 44.6% de la población mostró rasgos de ansiedad, el 46.7% presentó un desempeño académico a nivel medio y el 48.9% a nivel bajo de los cuales, en la lista de chequeo de conducta infantil, el 22.8% presenta indicadores de riesgo y el 16.3% son clínicamente significativos (Moreno, Vera Beltrán, Castañeda, 2009).

En el estudio de Casillas (2020), se utiliza una metodología cualitativa para determinar la relación que la ansiedad y el rendimiento académico tiene en los jóvenes del Colegio de Bachilleres. Se lleva a cabo un método por sondeo entre estudiantes y un cuestionario de escala de ansiedad de Hamilton, así como historias de vida con dos casos detectados en el estudio. Los resultados permiten conocer el nivel de ansiedad que padecen los estudiantes de esta institución.

Hernández-Pozo y Coronado (2007) en la UNAM justificaron la necesidad de diseñar programas orientados a reducir los efectos adversos de la ansiedad sobre el desempeño académico universitario. Se midió mediante una tarea de discriminación basada en el paradigma de *Stroop modificado*. Participaron 22 estudiantes de sexto semestre de una universidad pública, quienes recibieron 25 evaluaciones semestrales y tres de auto reporte, con 77% de las participantes siendo mujeres. Es un tipo de investigación longitudinal, con duración

de 4 meses. Se relaciona tanto la ansiedad con el bajo rendimiento escolar, así como también el rendimiento escolar con el autoconcepto, por ende, los resultados obtenidos pueden definirse en dos rubros.

En España se estudió la relación entre ansiedad y el rendimiento escolar con 6 objetivos específicos, entre ellos descubrir el porcentaje de alumnos de la Universidad de Almería que presentan ansiedad ante los exámenes y su manifestación cognitiva, fisiológica y motora. La muestra se compuso de 609 mujeres, 368 hombres y 44 perdidos. Como instrumento de medición se utilizó el Inventario de Estrés Académico (I.E.A.) el cual contiene 11 situaciones que pueden ocasionar ansiedad en los alumnos en el ámbito académico. Los resultados muestran las manifestaciones cognitivas como las principales, seguida de las fisiológicas y al final las motoras.

### **¿Qué es y Cómo se Manifiesta la Ansiedad?**

La ansiedad es una de las enfermedades mentales más comunes e incapacitantes del mundo. La *American Psychiatric Association (2013)* en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), revela que existen diversos tipos de trastornos de ansiedad. Según el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) las causas del desarrollo de la misma varían desde una predisposición genética neuronal y factores ambientales a los cuales el ser humano no se encuentra exento de enfrentar.

A nivel mundial la ansiedad como trastorno tal cual, afecta al 3.6% de la población mundial y aproximadamente 264 millones de habitantes padecen de esta condición, la cual es la sexta enfermedad no mortal que genera más pérdidas económicas (OMS 2017). Los resultados de investigaciones concluyen que, en su mayoría, los trastornos de ansiedad se presentan con mayor frecuencia en las mujeres.

La ansiedad según Casillas (2020), es uno de los trastornos que puede incluso convertirse en un asesino silencioso, incapacitando, incluso, en actividades cotidianas, manifestándose como crisis de ansiedad, ataques de pánico, ataques al corazón, así como

conductas autodestructivas y trastornos alimenticios o tendencias suicidas. En estos casos es importante que las personas sean atendidas clínicamente. La ansiedad en general se cataloga como una emoción anticipatoria, caracterizada por percepciones de incontrolabilidad y predictibilidad a eventos amenazantes y con una variación veloz en la atención hacia el foco de eventos probablemente peligrosos (Barlow, 2002).

La ansiedad está presente en la vida diaria en mayor o menor medida, expresándose como estado en situaciones comunes. Se desencadena por la intensidad de estímulos del contexto, manifestando signos y síntomas, o bien, teniendo un impacto mayor, convirtiéndolos en un trastorno mental. Esta problemática es tan común, que los trastornos de ansiedad se han convertido en la principal problemática psiquiátrica de los Estados Unidos de América (Barlow, 2002).

Para entender mejor el término Ansiedad, se toma como referencia las características que se presentan en la Ansiedad Generalizada, considerando el ámbito específico donde esta se desarrolla, la cual se presenta como estado o rasgo. Esta se entiende como una preocupación excesiva y aprensiva por una serie de eventos o situaciones. Su impacto depende de la preocupación, intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad que el individuo presenta. A este se le dificulta el control de la preocupación, y los pensamientos persistentes interfieren de manera negativa con las actividades que se realizan.

### ***Ansiedad Escolar***

Al hablar de ansiedad escolar, se puede atribuir esta definición de la condición psicológica y fisiológica mencionada, aplicándola específicamente al ámbito académico. Existen diversas definiciones de ansiedad escolar, la cual puede definirse como la emisión de un conjunto de síntomas agrupados en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y conductuales que se presentan cuando una persona percibe una situación escolar como amenazante y/o peligrosa (Martínez, 2013). Es considerada también un conjunto de reacciones emocionales que muestran los individuos en el momento en que sus habilidades se evalúan, incluyendo

pensamientos obsesivos de un futuro negativo ante la evaluación (Mayo, González-Freire y Moreira, 2015).

La ansiedad es producto del significado que el estudiante le da a las demandas que se le formulan en relación al control que tiene de sí mismo y la capacidad de comprensión que experimenta (Jadue, 2001). El estudiante al sentirse ansioso se puede alterar fácilmente ante situaciones normales, principalmente en la tarea escolar ya que presenta una conducta escolar y un rendimiento menor que el resto (Jadue, 2001). Si están muy ansiosos experimentan una tendencia excesiva manifestando una intranquilidad, somatizaciones y alteraciones en su comportamiento.

Cada vez se ve reflejada en mayor medida la presencia de signos de esta condición. Se encuentran fácilmente personas que presentan ansiedad en el área laboral, de igual modo, en las escuelas también se presenta la manifestación y desarrollo de estados de ansiedad, los cuales pueden provocar un desorden mental. Los efectos de la ansiedad impactan el funcionamiento emocional, debido a lo limitante o incapacitante que puede ser esta condición para el individuo (Brenes et al. 2005).

Los procesos cognitivos esenciales para poder aprender se ven afectados por la ansiedad a niveles altos, limitando el rendimiento del estudiante. Debido a la pobre adaptación que puede hacer el individuo ansioso, el proceso de aprendizaje se vuelve más complicado, se presentan fallas en la atención como primera limitante y, por consiguiente, complica los demás procesos para el aprendizaje (Jadue, 2001).

La ansiedad escolar puede ser sinónimo de fobia escolar (la ansiedad suele ser asociada con el miedo), la cual puede manifestarse en los sistemas Cognitivo, Motor y Autónomo. De no ser tratada a edades tempranas puede haber un desajuste psicosocial que afecte directamente su vida escolar, profesional y personal (García-Fernández Ingles, Martínez-Monteagudo, Redondo, 2008).

Se define entonces Ansiedad Escolar como un estado de preocupación anticipatoria aprensiva que dificulta el auto control, debido la percepción de ciertas situaciones o elementos escolares (principalmente aquellas que determinan su rendimiento y son evaluadas) como amenazantes, al grado de alterar clínicamente de manera significativa su funcionalidad en el ámbito académico y bienestar psicológico. Esto ocasiona una afectación en los procesos cognitivos relacionados con el aprendizaje, desde la percepción de la realidad, la atención y su memoria, repercutiendo en el Desempeño Académico del estudiante.

### **Desempeño Académico**

Por si mismo definir el Desempeño Académico es complicado. Desde su conceptualización se encuentra una dificultad para darle un significado. Se puede encontrar sinónimos con conceptos como aptitud escolar, rendimiento escolar o rendimiento académico, aunque por lo general las diferencias de concepto sólo se explican por cuestiones semánticas (Edel, 2003).

Edel (2003) define al Desempeño Académico como un constructo susceptible de adoptar valores cuantitativos y cualitativos, a través de los cuales existe una aproximación a la evidencia y dimensión del perfil de habilidades, conocimientos, actitudes y valores desarrollados por el estudiante en el proceso de enseñanza aprendizaje. Dicho lo anterior, él destaca que el Desempeño Académico es una intrincada red de articulaciones cognitivas generadas por el hombre que sintetiza las variables de cantidad y calidad como factores de medición y predicción de la experiencia educativa y que contrariamente de reducirlo como un indicador de Desempeño Académico, se considera una constelación dinámica de atributos cuyos rasgos característicos distinguen los resultados de cualquier proceso de enseñanza aprendizaje.

También explica que el Desempeño Académico es equivalente al rendimiento escolar (Edel, 2003 citado en Castro de León y Luevano, 2018). Es considerado un proceso complejo y dinámico, donde se relacionan prácticas, interacciones sociales, y formaciones cognitivas del alumno en un medio sociocultural y escolar concreto, en el que existen códigos, valoraciones,

actitudes, expectativas y actividades sobre el aprovechamiento en el centro educativo, donde se da una formación como estudiante (Cuevas, 2001).

Este tiene un propósito: Alcanzar la meta educativa, un aprendizaje. El rendimiento está compuesto por diversos elementos, pues son procesos de aprendizaje promovidos por la escuela que involucran una transformación de un estado a otro nuevo, se alcanza de manera integral entre elementos cognitivos y estructurales. Este varía por las diferentes circunstancias que se pueden presentar, condiciones orgánicas y del medio que determinan las habilidades y experiencias (Lamas, 2015).

El Desempeño Académico, es afectado por diversos factores. Estos pueden llevar ya sea al fracaso o al éxito, con una amplitud que va desde lo personal hasta lo sociocultural, en muchos casos, con una mezcla de factores personales y sociales (Torres y Rodríguez 2006, citado en Chong, 2017).

Dentro de los personales se puede considerar la propia etapa del desarrollo en la cual se encuentra el individuo. En la adolescencia los estudiantes pueden ser más vulnerables a desarrollar ansiedad, pues al pasar del bachillerato a la universidad, su estabilidad emocional disminuye por los cambios presentados en su entorno, ritmo y estilo de vida, adquiriendo una mayor cantidad de responsabilidades de magnitud superior. En estudios previos realizados, se concluyó que los cinco elementos escolares que provocan con mayor frecuencia ansiedad en los estudiantes son los exámenes, las exposiciones, la ansiedad social, las materias de lenguaje y las matemáticas (Vitasari, 2010). Resultados de entrevistas llevadas a cabo en esta investigación revelan la consistencia de este juicio.

Otra manera de conceptualizar el rendimiento escolar es calificarlo como un nivel de conocimientos demostrado en una cierta área o materia, que compara la edad y el nivel académico, por lo que el rendimiento del alumno se entiende a partir de sus evaluaciones (Jiménez 2000, citado en Chong, 2017). Allen (2014) así como diversos autores coinciden al sostener que el Desempeño Académico es el resultado del aprendizaje suscitado por la

actividad didáctica del profesor y lo producido en el alumno. No obstante, el solo medir o evaluar rendimientos alcanzados por alumnos no brinda, por sí misma, todas las pautas necesarias para la acción destinada al mejoramiento de la calidad en el proceso educativo (Chong, 2017).

Ahora bien, juzgar de manera aislada al alumno en su Desempeño Académico es erróneo, porque este interactúa con diversos elementos que lo rodean, los cuales pueden condicionar la ejecución de sus tareas. Al respecto, Chong (2017) menciona que los pares, el aula o el mismo contexto educativo pueden ser elementos a considerar, así como también la influencia de la familia en el proceso educativo. El ser estudiante universitario desgasta y requiere comprensión y motivación, así como un ambiente con menos barreras que lo limiten en el ámbito escolar (Chong, 2017).

En un estudio realizado por Allen (2014), se presenta un análisis sobre lo complejo que puede resultar explicar el Desempeño Académico. Refiere que uno de los principales problemas de las calificaciones asignadas por el Desempeño Académico es que pueden no estar correctamente validadas. Según Allen, este sesgo preocupa, pues la calificación debe ser el reflejo de las competencias adquiridas por el estudiante en la materia que cursan, pero queda claro que pocas veces hay una congruencia entre una cosa y otra. Allen menciona que ha habido consideraciones para deshacerse de las calificaciones como medida para determinar el logro de los aprendizajes. También señala que no existen rúbricas claras que permitan analizar los criterios de evaluación que puedan dar una calificación con mayor validez. Por lo tanto, se entiende que las evaluaciones no siempre se realizan de manera adecuada (Allen, 2014).

### ***Bienestar Psicológico***

Un elemento que es fundamental para el desarrollo adecuado de cualquier estudiante es su bienestar psicológico. Es una valoración personal cognoscitiva y afectiva que expresa la satisfacción y grado de complacencia con aspectos concretos o generales de su vida, donde un estado de ánimo positivo es predominante. Es un constructo de sentimiento óptimo y

pensamiento constructivo sobre sí mismo, con relación al funcionamiento físico, social y psicológico (Vielma y Alonso, 2010 citado en Araujo y Savignon, 2018).

Si un estudiante padece de ansiedad escolar y aprende estrategias para su manejo, adquirirá un mayor bienestar psicológico que le permitirá a su vez tener un mejor desempeño. Por ende, es importante que el estudiante tenga un crecimiento personal, producto de un mayor autocontrol y búsqueda continua de satisfacción y felicidad.

### ***Autorregulación y Autodeterminación (Motivación Intrínseca)***

La autorregulación es un proceso, el cual está mediado entre nuestros motivos y la consecución de nuestras metas, orientados a lograr lo deseado (Curione y Huertas, 2016). Es el control de pensamientos, emociones, motivación y comportamiento que realiza el ser humano, al desarrollar estrategias personales que le permiten alcanzar sus objetivos (Panadero y Alonso-Tapia, 2014). Al sentirse el individuo más autónomo, logra sentirse una mayor motivación, tanto al logro como a las actividades que puede realizar.

La motivación es un proceso instigador y persistente que se dirige hacia el objetivo de una actividad e implica un ímpetu hacia una meta (Pintrich y Schunk, 2006 citados en Curione y Huertas, 2016). Si se presenta de manera intrínseca resulta del placer de llevar a cabo una actividad sin recibir ninguna gratificación externa, pues realizarla se convierte en el objetivo y recompensa como tal, lo que provoca la sensación de sentirse competente y autorrealizado (Moreno y Martínez, 2006).

La autodeterminación o motivación intrínseca es una necesidad personal que impulsa a las personas a tener un dominio de su contexto, generando sentimientos positivos caracterizados por un interés y un placer en la ejecución (Kurione y Huertas, 2016). La actividad es placentera e interesante por el simple hecho de realizarla. Esta motivación nace por el valor de la tarea misma a realizar, la cual es enriquecedora para el individuo, a diferencia de la extrínseca donde la motivación es la meta (Ryan y Deci, 2000, citados en Curione y Huertas, 2016).



Es idóneo entonces para el estudiante que sufre de ansiedad escolar logre sentirse autorregulado y autodeterminado, para disfrutar de la escuela y alcanzar las metas, pues al enfocarse en el proceso de aprendizaje más que en las calificaciones, los resultados automáticamente van a ser mejores. Para lograrlo deberá entrenarse psicológicamente, para lo que pueden existir varias opciones. Por un lado, está la intervención grupal que puede favorecer a los estudiantes con enfoques que puedan ser más similares a lo educativo, lo que facilitará su comprensión. Por otro lado, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), mediante un enfoque de la Terapia Racional Emotiva (TRE), es una opción comprobada para el tratamiento de la ansiedad, pues ataca principalmente los pensamientos negativos, causantes principales de esta condición.

***Modificación de Pensamientos Negativos, Irracionales, Automáticos, Erróneos, Obsesivos y Catastróficos***

Los pensamientos automáticos son cogniciones negativas y disfuncionales, hacen referencia a pensamientos poco importantes respecto al resto, pero que como la palabra lo dice son automáticos. Al trabajar con estos pensamientos se debe identificar los supuestos y creencias que generan problemas en el individuo, para abordarlos y realizar la reestructuración cognitiva, así producir cambios profundos y significativos, lo cual previene recaídas (Bados y García, 2010). Estos nacen de las creencias centrales. Se manifiestan como imágenes o palabras que se hacen presentes en la cognición de una persona, para un momento en específico. Estos determinan la conducta y regularmente tienen respuestas fisiológicas (Beck, 2000)

Gracias a la educación recibida por nuestros padres, maestros, pares y de la sociedad es que los vamos desarrollando. Tienen una significación subjetiva que provocan una inadaptabilidad con el acontecimiento activador, produciendo comportamientos disfuncionales y perjudiciales (González, 1999). No se logran percibir como creencias pues se da por hecho que así es la realidad, por esta manera tan sutil que tienen de actuar, siendo la raíz de la mayoría

de la ansiedad que las personas experimentan, impidiendo que puedan lograr sus metas más importantes (Bourne, 2015).

Desencadenan en los estudiantes la ansiedad, interpretando como amenazante las encomiendas académicas, afectando su funcionalidad cognitiva y, por ende, directamente su rendimiento. La ansiedad escolar entonces puede mejorar al reeducar a los estudiantes a cambiar pensamientos automáticos negativos a positivos propositivos, mediante terapias grupales con un modelo cognitivo conductual de TRE, que permita alcanzar niveles mayores de autorregulación y autodeterminación, para de esta manera integral incrementar su Desempeño Académico.

### **Objetivo General**

Realizar un diagnóstico que muestre el estado de ansiedad que experimentan los estudiantes universitarios y el impacto que este tiene en su desempeño académico.

### **Objetivos Específicos**

- Realizar una revisión bibliográfica sobre las afecciones que la ansiedad puede tener en el Desempeño Académico. Hacer una revisión bibliográfica sobre alternativas para mejorar y alcanzar bienestar en condición de ansiedad.
- Revisar la ruta metodológica de investigaciones previas sobre el tema.
- Observar, conocer y registrar la manifestación de signos y síntomas de ansiedad escolar en los estudiantes, previo, durante o después de un examen o una exposición.
- Aplicar un test psicométrico estandarizado para comprobar la presencia de ansiedad escolar de los estudiantes
- Realizar entrevistas exploratorias a profundidad para conocer las causas de la ansiedad escolar y las consecuencias en el desempeño académico.
- Elaborar un diagnóstico que identifique la presencia de ansiedad escolar de los estudiantes de la LAP y el impacto en su Desempeño Académico.

## Metodología

Se llevó a cabo un estudio de caso, con alcance descriptivo, utilizando un enfoque mixto, de modo cuantitativo y cualitativo. En el modo cuantitativo, mediante la aplicación del test AMAS-C (Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos, versión para estudiantes universitarios) elaborada por Reynolds, Richmond y Lowe en 2007 (validada en México por la editorial Manual Moderno), que detecta la presencia de ansiedad escolar y los niveles de gravedad que se presentan, como parte de un método deductivo. El instrumento contiene de 49 reactivos y consta de 4 subescalas (Inquietud/hipersensibilidad, Ansiedad fisiológica, Ansiedad ante los exámenes y Preocupación/estrés social), una escala de ansiedad total y otra escala de mentira para validar la aplicación del test.

El modo cualitativo está presente en el análisis inductivo llevado a cabo de cada entrevista no estructurada, que reflejó las causas y efectos de la problemática y cómo el estudiante experimenta esta condición mental, así como el método de comparación constante para la interpretación y análisis de los resultados. Se obtuvieron datos significativos que por sí mismos lo cuantitativo no puede describir (aunque permite filtrar y comprobar la presencia de dicha problemática dentro del grupo de estudio), dando robustez al trabajo de investigación, que con su naturaleza no lineal permite descubrir constantemente nuevos elementos para interpretar.

El enfoque mixto permite mayor adaptabilidad a las necesidades específicas del contexto particular, teniendo una visión integral del fenómeno manifiesto. Por ende, resulta de mayor idoneidad ya que evidencia la presencia de rasgos de ansiedad escolar.

Para llevar a cabo el proyecto de investigación, se solicitó la autorización para al director de la FHycS de la UABC, quien otorgó la anuencia para llevarla a cabo y utilizar la información de manera ética y responsable, firmando un oficio de consentimiento. Todos los estudiantes fueron informados previamente del propósito de la aplicación de los instrumentos de evaluación, contando con su consentimiento, así como también aquellos que fueron entrevistados.

## **Definición de la Muestra**

Se utilizó un muestreo intencional seleccionando a una población con características específicas. Se aplicó de manera grupal el instrumento cuantitativo para elaborar el diagnóstico a 163 estudiantes sin importar la edad o sexo (edad entre 19 y 44 años de edad; 158 mujeres y cinco hombres) pertenecientes a cinco grupos diferentes, que cursan la etapa disciplinaria (cuarto y quinto semestre) del programa educativo de LAP, excluyendo a estudiantes que participaban en intercambio estudiantil.

Los sujetos elegidos, respondieron al test AMAS-C en un tiempo no mayor a 30 minutos y posteriormente, quienes obtuvieron niveles más elevados de ansiedad fueron candidatos a ser entrevistados. Debido a la disponibilidad de los estudiantes seleccionados, se llevaron a cabo cinco entrevistas exploratorias. Esto como parte del proceso de recolección de información y análisis de la misma.

Para la obtención de datos cualitativos, se seleccionaron cinco estudiantes mujeres que, según el test, obtuvieron los mayores niveles de ansiedad. Se explicó el propósito de la entrevista y se obtuvo la autorización de ellas de poder utilizar la información recabada de manera ética y con el fin exclusivo de utilizarse para la investigación. Tres maestras de la LAP también se seleccionaron para ser entrevistadas posterior a las estudiantes, los criterios de selección para ellas fue su interacción como docentes de estos alumnos y haber observado la presencia de rasgos de ansiedad. La información obtenida a través de las maestras concuerda con las respuestas proporcionadas por los estudiantes en relación a que existe la presencia de esta problemática en los alumnos, principalmente en situaciones donde su Desempeño Académico es evaluado.

Las preguntas elaboradas estaban encaminadas a descubrir la presencia de signos y síntomas relacionados a un trastorno de ansiedad generalizada en el contexto académico, principalmente antes, durante y después de exámenes, exposiciones y trabajos finales, así como el efecto que tiene el docente en su bienestar psicológico mediante la interacción que él

tiene. Todas las preguntas se llevaron de manera no estructurada y permiten la flexibilidad de poder indagar sin problema en la siguiente respuesta, sin perder de vista los temas principales a conocer. La duración de estas oscila entre 12:00 y 20:00 minutos

En relación a la viabilidad para la selección de la muestra en este trabajo de investigación, se consideró como primer elemento la accesibilidad a los grupos que serían intervenidos. En segundo lugar, se constató que efectivamente se presentaba la problemática de ansiedad escolar dentro de esta escuela gracias a la observación directa a estudiantes y los resultados del test.

Otro aspecto importante fue considerar a los estudiantes de la LAP para este proyecto, ya que la función más importante del Asesor Psicopedagógico dentro de su campo profesional es la intervención psicopedagógica, por lo que a futuro pudiera fungir como multiplicador de este modelo. Precisamente, esta licenciatura es congruente con el abordaje de afrontar retos educativos en circunstancias similares a las presentadas en este contexto, como lo es la ansiedad escolar.

En la tabla 1 se muestran los grupos de la carrera, el semestre y la cantidad de alumnos que integran la muestra.

**Tabla 1**

*Cantidad de alumnos considerados para el muestreo en etapa disciplinaria*

<b>Semestre</b>	<b>Grupo</b>	<b>Cantidad de alumnos encuestados por grupo</b>
Cuarto	221	27
	212	24
	213	31
Quinto	214	37
	215	44

Nota. Se presentan los grupos de cuarto y quinto semestre con sus grupos pertenecientes y cantidad de alumnos que participaron en la aplicación grupal del test AMAS-C, con un total de 163 participantes que componen la muestra.

### **Estrategias para la Obtención de Datos**

Se utilizaron estrategias como la observación directa, aplicación del test psicométrico que miden niveles de ansiedad en estudiantes universitarios. Además, se realizaron e interpretaron entrevistas abiertas a alumnos y docentes, con la finalidad de conocer la percepción de la problemática por los mismos.

En primer lugar, se utilizó como estrategia la observación directa para reconocer si había alguna presencia de signos de ansiedad escolar en los estudiantes y declarar que la población seleccionada presentaba la problemática mencionada. En segundo lugar, se llevó a cabo la aplicación del test de ansiedad AMAS-C a los grupos conformados por un total de 163 estudiantes de cuarto y quinto semestre.

A fin de conocer los niveles y tipos de ansiedad escolar de los alumnos universitarios, esta prueba se divide en las siguientes 4 sub escalas: Inquietud/hipersensibilidad (IHS), Ansiedad Fisiológica (FIS), Ansiedad ante los exámenes (EXA) y preocupación/estrés social (SOC), además de un apartado para validar las respuestas (Mentira) y la puntuación total de las respuestas (ansiedad general total). Los alumnos detectados mediante el test fueron filtrados y tomados en cuenta para en un futuro poner en marcha un programa de atención y prevención.

Por otra parte, desde el enfoque cualitativo se efectuaron entrevistas a alumnos que obtuvieron puntuaciones elevadas en el test. Las entrevistas realizadas son de un formato abierto o no estructurado, como base se tomó el tema principal de ansiedad escolar, su efecto en el Desempeño Académico y elementos comunes en donde se manifiesta este fenómeno (principalmente exámenes, exposiciones o trabajos finales). Las preguntas se ejecutaban como consecuencia a las respuestas obtenidas, por ello, si bien las categorías clasificadas suelen ser muy similares, las preguntas en su mayoría son diferentes, sin perder de vista los subtemas

principales en los cuales se procuran abordar. Estas entrevistas permitieron analizar el panorama de la problemática.

Dicho lo anterior, este método de recolección de datos no solo se aplicó a los estudiantes, sino que también a docentes de la licenciatura, dándole un sustento mayor a la presencia de este fenómeno que limita a los estudiantes.

### **Estrategias de Análisis de Datos**

Al inicio del estudio, se recolectaron datos mediante la observación directa de dos grupos para detectar la presencia de signos de ansiedad escolar en contextos académicos, permitiendo detectar inmediatamente el comportamiento de los estudiantes en situaciones donde son expuestos a la evaluación de su rendimiento (exámenes y exposiciones). Estos datos fueron recolectados como diarios de campo y sirvieron como la primera aproximación a comprobar la presencia del fenómeno de ansiedad escolar.

Posteriormente, el resultado de los datos cuantitativos se tabuló en hojas de cálculo de Microsoft Excel, con el propósito de conocer a aquellos individuos que se pueden perfilar ansiosos, es decir, quienes obtuvieron resultados de ansiedad clínicamente significativa y ansiedad extrema. Finalmente, el análisis con los resultados del test permite detectar la presencia de una problemática dentro del programa educativo.

Los datos obtenidos durante la aplicación del método cuantitativo se agruparon y se analizaron para clasificar a los estudiantes de acuerdo con los niveles de ansiedad, se consideraron aquellos casos que obtuvieron puntajes “Clínicamente Significativos” y “Extrema” en relación al test “AMAS-C”. A pesar de todas las escalas del test, para la investigación es importante considerar principalmente las escalas EXA y SOC (la causa principal de ansiedad escolar en exposiciones está ligada a esta subescala), debido a que ayudan a filtrar a alumnos que presentan elementos ligados a algún tipo de ansiedad y que de no atenderse repercutirá en su Desempeño Académico.

De manera específica, estos tipos de ansiedad impiden un mejor rendimiento debido a las limitaciones cognitivas que ocasionan conflicto. Para precisar la interpretación y delimitar los sujetos quienes requieren una intervención una vez en marcha el modelo de intervención, se tomaron en cuenta sólo los resultados obtenidos como Extremos y Clínicamente significativos. Se considera motivo de atención las puntuaciones altas de los apartados de ansiedad ante los exámenes y social, así como la ansiedad general total.

Desde el enfoque cualitativo se analizaron las grabaciones de las entrevistas realizadas. Cada entrevista se grabó con el consentimiento del estudiante, haciendo énfasis en que la información obtenida será información clasificada y confidencial, para así poder llevar a cabo una tarea ética protegiendo la integridad del alumno (lo anterior corresponde a estrategia para la obtención de datos). Se transcribieron las entrevistas, las respuestas fueron clasificadas con un código referente a elementos relacionados a la ansiedad escolar. Una vez etiquetadas las respuestas, los códigos se agruparon según la afinidad que presentaban en categorías, se definieron conceptualmente para facilitar el proceso de análisis y seguir con la obtención de información para estudiar, identificar y profundizar en las problemáticas y redactar el estado de la cuestión. Esto conocido como método de comparación constante o método de codificación axial.

Se elaboró una matriz para ordenar las categorías, los códigos y las respuestas para su estudio, obteniendo un análisis sobre cada categoría, para emitir conclusiones y un diagnóstico que muestra el estado de ansiedad y la relación que tiene con el desempeño académico y permita justificar a futuro la necesidad de la implementación de un modelo de intervención psicopedagógica para mejorar el Desempeño Académico de los estudiantes universitarios que presenten ansiedad escolar.



## Diagnóstico

### Causas y Factores de la Problemática

En definitiva, la presencia de rasgos de ansiedad en alumnos de la LAP de la FHycS es evidenciada tanto por las estadísticas que arrojan los instrumentos cuantitativos, como en las narrativas cualitativas producto de las entrevistas realizadas a los jóvenes. Los resultados de la evaluación cuantitativa se muestran a continuación:

**Tabla 2**

*Casos detectados con la prueba "AMAS-Cs-c" que presentan al menos un tipo de ansiedad*

<b>Número de casos</b>	<b>Rango en puntuación "t"</b>	<b>ihS</b>	<b>*fis</b>	<b>exa</b>	<b>soc</b>	<b>Ansiedad general total</b>
Casos Extremos	> 0 = 75T Extrema	26	15	32	7	23
Casos Clínicos	65T-74T Significativa	1	11	4	10	5
Totales	Ambos	27	26	36	17	28

*Nota.* De los 163 estudiantes que respondieron el test, 16.36% manifiesta hipersensibilidad, 15.75% ansiedad fisiológica (La escala FIS presenta un asterisco debido a que sus rangos se interpretan de manera distinta cómo mencionada en el texto), 21.81% ansiedad frente a los exámenes, 10.30% preocupación social y que 16.96% de los estudiantes de alguna manera presentan una ansiedad generalizada. A su vez, 65 alumnos presentaron algún tipo de ansiedad, esto es un 41.21%.

Los factores y causas de ansiedad que presentan los estudiantes analizados, se mencionan a continuación:

### **Ansiedad ante los Exámenes**

Si bien no todas las estudiantes sufren con esta actividad, si es de las más comunes para sentirse ansioso. Esto concuerda con los resultados de los tipos de ansiedad de la escala AMAS-C, donde este tipo de ansiedad es el más frecuente manifestándose como casos

clínicamente significativos y graves. En el marco teórico del proyecto ya se menciona que esta es una de las cinco principales razones por las cuales un estudiante sufre de este malestar psicológico.

Las estudiantes comentan que comúnmente intentan afrontar la situación, ya que incluso pueden llegar a olvidar sus aprendizajes, pues es difícil concentrarse y en ocasiones se recurre a intentar controlar los pensamientos obsesivos durante las pruebas. La ansiedad puede presentarse durante antes o después de determinadas situaciones. Ejemplo:

Pregunta al docente: *¿Cómo nota usted a los estudiantes previo, durante y posterior a los exámenes?*

Respuesta del docente: *Previo: bloqueos, todo se les olvida antes, en el momento durante el examen; hee, bastante ingesta de alimentos, por ejemplo, su verborrea, hablan demasiado y sin ninguna lógica coherente empiezan a sudar, en ocasiones hay muchos estornudos durante las clases debido a estas reacciones, algunos sudan, hee, entre otras cosas.*

### ***Ansiedad ante las Exposiciones***

Otro tipo de ansiedad que es evidente detectar tanto en resultados del test aplicado en relación a la ansiedad social y mencionada también en los cinco detonantes principales de ansiedad escolar son las exposiciones. El docente y los compañeros son agentes que influyen en el rendimiento de esta actividad debido a la crítica que pueden producir al evaluar (por parte del maestro) o al externar su opinión hacia el expositor (compañeros de clase).

El estudiante puede experimentar una distorsión cognitiva “de leer el pensamiento”, anticipándose a opiniones las cuales pueden ser solo ideas erróneas. Estas ideas, así como también los pensamientos catastróficos se manifiestan previo y durante una exposición, dificultando la expresión de ideas respecto a lo que está pensando, imposibilitando transmitir las palabras al modo que desea, provocando la ansiedad. Sobre la marcha puede reponerse en cierta medida estos pensamientos, en el previo es donde surgen estas ideas que desatan la

ansiedad escolar. Manifestaciones fisiológicas de sudoración, agitación, resequedad bucal e inquietud, así como conductas estereotipadas son presentadas de manera frecuente durante las exposiciones.

Existe también una autoflagelación posterior a las exposiciones debido a la culpa de no poder ejecutarla de la manera esperada a pesar de una ardua preparación, lo que las condiciona a tener una mayor presión la siguiente vez que expongan, la cual se refuerza constantemente. Si bien exponerse constantemente a exponer puede desensibilizar al estudiante y desarrollar su confianza, no siempre es el caso pues en algunos alumnos sólo implica que cada vez sea más difícil. Ejemplo:

Pregunta al estudiante: *¿Cuál es la mayor fuente de ansiedad en la escuela?*

Respuesta del estudiante: *Las exposiciones. En mis exposiciones me pongo muy nerviosa, muy muy nerviosa, yo luego siento que me pongo roja, pero en las autoevaluaciones por lo regular siempre autoevaluación y con-evaluación también, siempre me dicen que expongo muy bien, entonces yo creo que es más interno, yo lo traigo interno de que siento que me pongo nervioso y al final no es nada.*

### ***Ansiedad ante Trabajos Finales***

El Desempeño Académico puede verse perjudicado en época de entrega de estas tareas. Se manifiestan pensamientos obsesivos y catastróficos que producen altos niveles de ansiedad. Esto lleva a la procrastinación y provoca sentirse abrumado y racionalizaciones de desesperanza.

Esta postergación se da al grado de considerar que no se tiene tiempo para poder realizar estos trabajos de gran valor calificativo, causando altos niveles de ansiedad escolar. Esto provoca preocupación por la nota y se puede manifestar preocupación anticipatoria al desconocer que se requiere entregar al final.

*En tus escalas de ansiedad saliste en un nivel considerado elevado (considerado como caso clínico) ¿Qué tan similar crees que va eso apegado a la realidad?*

Respuesta del estudiante: *Muy apegado a la realidad, de hecho durante los exámenes, no me pongo nerviosa durante los exámenes o las exposiciones, es durante el final del semestre y a principios también, me pongo muy ansiosa, porque no sé qué depara el futuro, entonces pues, sí procuro echarle muchas ganas, pero me pone ansiosa el no saber cómo voy a salir, o ya cuando están a punto de salir las calificaciones estoy muy muy muy ansiosa que ni siquiera quiero ver mis resultados, es como que: ¡Ay no, por favor no!*

### ***Ansiedad ante los Docentes***

Los docentes son considerados como clave en el desarrollo de los estudiantes, para su crecimiento tanto profesional como humano. El impacto que tiene en el estudiante puede ser positivo o negativo, puede aprovechar el potencial del alumno y transformarlo en un ser competente y habilidoso como a su vez, puede limitarlo. Él puede generar un estado de ansiedad en el estudiante, al grado de ser la causa principal que incrementa, mantiene o disminuye su Desempeño Académico. Esto es más evidente dependiendo de la actitud que tenga el docente hacia el alumno, sus comportamientos pueden afectar más, incluso por encima de los criterios de evaluación que estipula para la clase.

Si bien en algunos casos puede afectar o no en la manera de evaluar del maestro, el estudiante puede llegar a sentir una carga mayor de trabajo del considerado, o percibir como incorrecta la puesta en práctica de la misma. El docente puede ser demasiado inflexible, poco empático, hostil, duro, incongruente, desorganizado y desmesurado, así como poco claro en su manera de evaluar. Todo esto genera altos niveles de ansiedad escolar. Ejemplo:

Pregunta al estudiante: *Respecto a tus profes. ¿Hay algunos que te lleguen hacer sentir ansiosa?*

Respuesta del estudiante: *Solamente, hasta el momento, solamente hay una. ¿Puedo decir el nombre? (el entrevistador afirma) Este Xxxx...La profe Xxxxxxxx Xxxxxxx, ella me pone ansiosa porque, aparte de que es muy estricta, es muuuu... cómo le diré, como muy volátil. Un momento te puedo decir una cosa bien y luego a la otra “¡ya lo dije, yo no te lo puedo*

*repetir!" y eso me causa mucha ansiedad, porque al final yo siento que voy a hacer las cosas mal. No, una vez solamente ha tenido un mal resultado, pero... pero si me causa muchos conflictos y ansiedad que ella no... no sé... cómo no muy abierta en explicar, te dice las cosas como ella las entiende no como nosotros les entendemos, pero sólo ella... es muy buena maestra también, pero si me causa conflicto.*

### **La Universidad como Factor que Provoca Ansiedad**

La UABC como otras instituciones de educación terciaria como tal son un contexto que por sí mismas provoca un estado de ansiedad en el alumno, debido a los diversos factores que intervienen en ellas, tanto de manera interna como externa a estas. Debido a la exigencia de sus actividades, puede ser abrumadora para los estudiantes, pues si bien sirve para potencializar al máximo su desarrollo, algunos jóvenes no poseen herramientas tanto para la ejecución de ejercicios (Jadue, 2001), sino que también carecen de habilidades emocionales que son básicas para el funcionamiento pleno del estudiante. Si bien ya hay personas con una predisposición al padecimiento de un cuadro ansioso, se puede tratar y hacer funcional al alumno de nuevo.

### **Consecuencias de la Problemática**

De no atenderse la situación observada, el desempeño académico de los estudiantes se verá limitado y no tendrá el óptimo alcance que garantice competencias laborales necesarias para la práctica profesional. La ansiedad escolar afectará impidiéndole llevar a cabo actividades propias de la disciplina, al ejecutarlas de manera deficiente o rehusándose a realizarlas, lo cual provocará una desmotivación y estancará su plena realización académica, personal y profesional.

En los exámenes, puede omitir conceptos o no recordar las respuestas a preguntas debido a las afectaciones que sufre la atención cuando se experimenta un estado de ansiedad (Jiménez, 2009). Los docentes en este contexto suelen otorgar porcentajes del promedio, menores en los exámenes debido al modelo educativo de la universidad, sin embargo, el

estudiante sigue presentando estados elevados de ansiedad hacia los mismos. Esto lo perjudica no solo durante su estancia en la licenciatura, también se reflejará en los resultados de su examen de egreso y futuras evaluaciones para ingreso a posgrado o contratación en un empleo.

La aptitud verbal es una competencia esencial del asesor psicopedagógico, ya sea en el trabajo individual o en foros de discusión, conferencias o práctica docente. Esta habilidad es limitada en aquellos estudiantes que presentan un estado de ansiedad escolar durante las exposiciones. En este programa educativo, hay una participación constante de estudiantes en diversos escenarios que lo obligan a comunicarse ante públicos amplios y de nivel universitario dentro de la unidad académica.

Constantemente el estudiante está expuesto a hablar en público, pues las exposiciones son una de las principales competencias a evaluar, viéndose afectadas en su calidad debido a las afectaciones psicológicas que provoca la ansiedad, mostrando limitados sus conocimientos, no por ignorancia, si no por temor.

El docente es una figura clave en el desarrollo de cualquier estudiante a lo largo de su vida académica; puede motivar o desmotivar al estudiante a aumentar o disminuir su desempeño. Los estudiantes pueden llegar a sentirse poco aptos para llevar a cabo tareas de cierta índole, presionados o descalificados debido a la actitud del maestro hacia ellos. Si bien es cierto que hay docentes estrictos en cuanto a lo demandante o perfeccionistas que son, al evaluar no siempre siguen una rúbrica estructurada y fundamentada correctamente, pues se observan estudiantes con calificaciones altas y una competencia baja para la ejecución de tareas encomendadas.

Por el deseo o convicción de imponer su autoridad, el docente causa niveles de ansiedad elevados en el estudiante, incluso se enfoca más en ello que en retroalimentar o corregir al estudiante. Estos estilos de autoridad difieren en muchas ocasiones a la población de

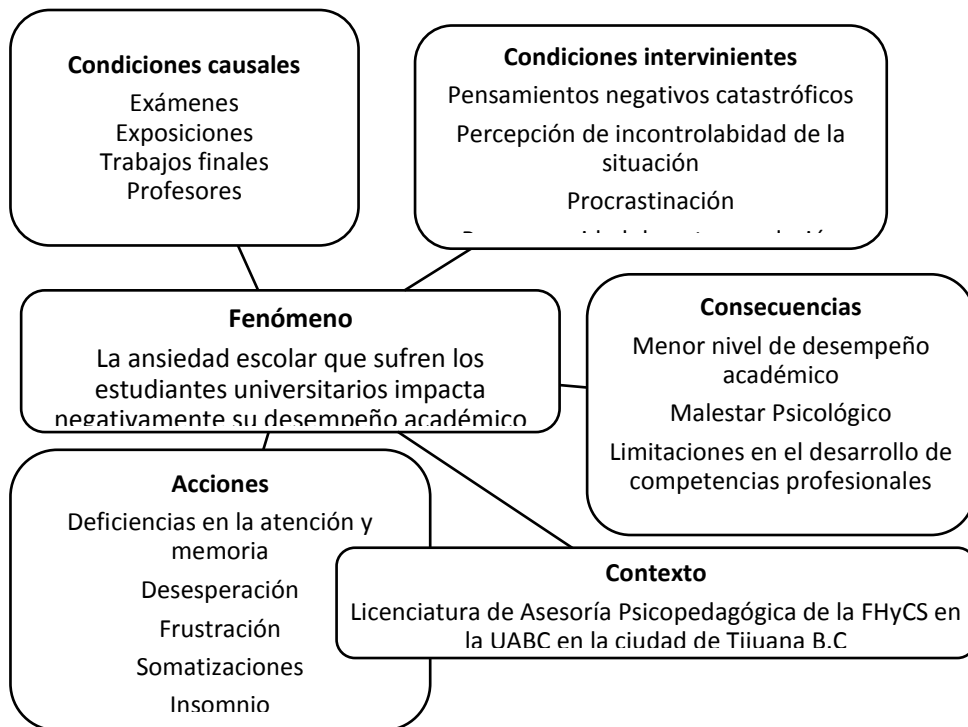
estudiantes “Millennials”, quienes requieren de otro tipo de estilos de enseñanza o diseño curricular (Reeves 2007).

La naturaleza de la educación universitaria propicia la tensión y presión en los estudiantes, principalmente ante situaciones de exámenes, entregas de trabajos finales y exposiciones. Por ello, es importante que los estudiantes aprendan herramientas psicológicas para sobrellevar aquellas situaciones que causan ansiedad escolar. Las universidades deben fomentar y apoyar el desarrollo integral de los estudiantes, ofreciendo servicios psicopedagógicos que fortalezcan al estudiante para afrontar todas estas variables que inevitablemente les provocan ansiedad y así poder mejorar su desempeño académico y predisponer a un mayor éxito profesional y personal.

A continuación, se presenta la siguiente matriz condicional/causal que explica brevemente hallazgos encontrados en el diagnóstico:

**Figura 1**

*Matriz condicional del fenómeno ansiedad escolar-desempeño académico*



Nota. Se explica cómo el fenómeno de la relación entre ansiedad escolar y desempeño académico se desarrolla y evoluciona. Se presenta el contexto donde se presenta la problemática, las condiciones que intervienen originando las causas de la problemática, las acciones representadas como reacciones ante el problema y las consecuencias que esta problemática ocasiona.

### **Conclusiones**

Se puede concluir que los estudiantes universitarios de la LAP de la FHyCS de la UABC Campus Tijuana presentan ansiedad escolar y esta afecta negativamente su desempeño académico. Los exámenes son la principal causa, lo cual es congruente con la literatura revisada, pero peculiar considerando que en este programa educativo tienen menor valor en comparación con otras licenciaturas.

La ansiedad ante las exposiciones es de las más comunes y posiblemente por el perfil de egreso del estudiante la que puede traer repercusiones mayores al momento de desempeñarse en el ámbito laboral. Cabe mencionar que los estudiantes suelen sentirse más ansiosos por valorar la posible percepción que el docente y sus pares tienen de su desempeño, esto puede resultar que conciban su trabajo en el aula una amenaza mayor en comparación con un contexto donde no involucre a los actores mencionados. Exponer significa ser juzgado y exponerse a una experiencia completamente desagradable.

La procrastinación, los deficientes hábitos de estudio, la incertidumbre de no tener claridad en los lineamientos establecidos, extensión y temporalidad de entrega del trabajo, mal administración del tiempo y distracciones banales componen las causas principales de desarrollar ansiedad escolar por la entrega de trabajos terminales del semestre. Resulta más una cuestión inadecuada de planear y organizar las actividades del semestre, así como la incertidumbre o dudas de los criterios a entregar lo que conlleva a que los trabajos finales causen tanta ansiedad.



Los docentes son fundamentales para el desarrollo pleno de los estudiantes y dependiendo de sus estrategias didácticas y relación con los mismos, pueden contribuir en mejorar o empeorar su desempeño. Se recomienda que el docente siga exigiendo calidad en el trabajo que ejecute el estudiante, pero sin caer en la mezquindad, arrogancia y autoritarismo innecesario, pues demandar disciplina, orden, preparación y aprendizaje no son sinónimos de crueldad.

Se comprueba que la ansiedad afecta sobre todo a los procesos cognitivos de percepción al concebir como amenazantes situaciones que no son precisamente peligrosas, la atención al fijar su concentración más en las preocupaciones y pensamientos catastróficos en vez de las actividades a realizar y la memoria, al no poder recordar conocimientos adquiridos al momento de ser evaluado en una exposición o examen.

Los objetivos planteados en este proyecto se cumplen al poder efectuar un diagnóstico pertinente, en estudiantes que son afectados por ansiedad en su desempeño académico, gracias a la revisión teórica y metodológica de estudios previos que permiten utilizar instrumentos de recolección de información que sustenten estos resultados. Con esto se sientan las bases para la elaboración de un programa de intervención para mejorar el desempeño académico de estudiantes con ansiedad escolar.

Es importante se dé atención a los jóvenes universitarios en el manejo de la ansiedad a través de programas donde se instruya en el uso de herramientas psicológicas que ayuden a disminuir los niveles de ansiedad para que las funciones cognitivas utilizadas para la actividad escolar lleguen a un funcionamiento óptimo que permita ejecutar los exámenes, exposiciones y realización de trabajos finales de mejor manera. El conocimiento de las características y detonadores de la ansiedad, así como el aprendizaje de técnicas de la TRE reforzarán una mayor autodeterminación o motivación intrínseca, para controlar y conducir los momentos de ansiedad. A su vez los estudiantes mejorarán su bienestar psicológico y al tener un mejor Desempeño Académico habrá una mayor probabilidad de éxito profesional en el futuro.

## Referencias

- Allen, J. D. (2014). Grades as Valid Measures of Academic Achievement of Classroom Learning. *ResearchGate*, 78(5), pp. 218-223. [https://www.researchgate.net/publication/254350812\\_Grades\\_as\\_Valid\\_Measures\\_of\\_Academic\\_Achievement\\_of\\_Classroom\\_Learning/download](https://www.researchgate.net/publication/254350812_Grades_as_Valid_Measures_of_Academic_Achievement_of_Classroom_Learning/download)
- Araujo, V. y Savignon, D. (2018). Bienestar psicológico en estudiantes repitentes de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. *Revista Cubana de Educación Superior*, 37(2), 178–188. <http://libcon.rec.uabc.mx:3017/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=f90cbe5f-086a-4757-93ef-4dbdf97f5a1f%40sessionmgr4006>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva* (tesis de grado). <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Blanco, L. A. (1996). *La evaluación educativa, más proceso que producto*. Lleida, España: Universitat de Lleida.
- Brenes, G., Guralnik, J., Fried, L., Simpson, L., Simonsick, E., Penninx, B. (2005), The Influence of Anxiety on the Progression of Disability. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(1), pp. 34-39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1343490>
- Bourne, E. J. (2015). *Ansiedad y Fobias Libro de trabajo*. España: SIRIO.
- Casillas, M. (2020) Ansiedad y rendimiento escolar de jóvenes del Colegio de Bachilleres de Baja California DGENAM | AEFM • vol. 2, número 3 ISSN: 2683-2410. *Práctica Docente*

- Carbonero, M. A., Martin-Anton, L. J. y Feijó M. (2010). Las creencias irracionales en relación con ciertas conductas de consumo en adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), pp. 287-298. <http://www.redalyc.org/pdf/1293/129315468011.pdf>
- Castro de León, J. F., y Luévano, E. (2018). Influencia Del Estrés Académico Sobre El Rendimiento Escolar en Educación Media Superior. *Revista Panamericana de Pedagogía: Saberes y Quehaceres Del Pedagogo*, (26), 97–117.
- Chong. E. (2017), Factores que inciden en el rendimiento escolar de los estudiantes de la Universidad Politécnica del Valle de Toluca., *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos* (México), 47(1), pp. 91-108. <http://www.redalyc.org/pdf/270/27050422005.pdf>
- Clark, D. A., Beck, A. T. (2010), *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders.*, New York: Desclée de Brouwer. [http://www.terapia-cognitiva.mx/pdf\\_files/2Semestre/teoria-y-tratamiento-transtornos-ansiedad/recursos/\[David\\_A.\\_Clark\\_PhD,\\_Aaron\\_T.\\_Beck\\_MD\]\\_Cognitive\\_T\(BookFi.org\).pdf](http://www.terapia-cognitiva.mx/pdf_files/2Semestre/teoria-y-tratamiento-transtornos-ansiedad/recursos/[David_A._Clark_PhD,_Aaron_T._Beck_MD]_Cognitive_T(BookFi.org).pdf) [http://www.terapia-cognitiva.mx/pdf\\_files/2Semestre/teoria-y-tratamiento-transtornos-ansiedad/recursos/\[David A. Clark PhD, Aaron T. Beck MD\] Cognitive T\(BookFi.org\).pdf](http://www.terapia-cognitiva.mx/pdf_files/2Semestre/teoria-y-tratamiento-transtornos-ansiedad/recursos/[David_A._Clark_PhD,_Aaron_T._Beck_MD]_Cognitive_T(BookFi.org).pdf)
- Clínica las Condes. (2019). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). : <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatria/Inventario-de-Ansiedad-de-Beck>
- Cuevas, A. (2001). La formación de los alumnos como sujetos de alto y bajo rendimiento escolar en educación primaria. *Revista cubana de Psicología*, 18(1), 46-56. <https://ru.iztacala.unam.mx/download/files/original/4fcd52dd9f1f41eed23270af2b0c6d4c.pdf>

- Curione, K. y Huertas, J.A. (2016). Teorías Cognitivas de la Motivación Humana. En Vásquez Echeverría, A. (Eds.). *Manual de Introducción a la Psicología Cognitiva*. Montevideo: Udelar.
- Edel, R. (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 1(2), pp. 0.
- García-Fernández, J., Ingles, C., Martínez-Monteagudo, M., Redondo, J. (2008). Evaluación y tratamiento de la ansiedad escolar en la infancia y adolescencia, *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 16(3), pp. 413-437.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4158997>
- González, J. J. (1999). *Psicoterapia de grupos*. México: Manual Moreno.
- Jadue J., G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios Pedagógicos* (27), pp. 111-118.  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07052001000100008](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052001000100008)
- Jordan, A. (2017). *Estudio de caso clínico: terapia racional emotiva en un caso de fobia social* (Tesis de grado). Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.  
[http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3048/3/jordan\\_ra.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3048/3/jordan_ra.pdf)
- Lamas, H. A. (2015). Sobre el rendimiento escolar. *Propósitos y representaciones*, 3(1), pp. 313-386. <http://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/74/152>
- Mayo, M. E., González-Freire, B. y Moreira, V. (2015). Ansiedad ante los exámenes en la universidad: Estudio de caso único. *Ansiedad y Estrés*, 21(1), pp. 21-33.  
<http://libcon.rec.uabc.mx:3017/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=c50ab617-dfef-4f21-b7b6-78e0d1216d5e%40sessionmgr4008>
- Martínez, M. C., García, J. M. e Ingles, C. J. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 47-64.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4158997>

- Moreno, J. A., y Martínez, A. (2006). Importancia de la Teoría de la Autodeterminación en la práctica físico-deportiva: Fundamentos e implicaciones prácticas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 6(2), pp. 39-54. <https://www.um.es/univefd/TAD.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Recuperado el 5 7 de junio de 2019 desde <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Panadero, E. y Alonso-Tapia, J. (2014). ¿Cómo autorregulan nuestros alumnos? Revisión del modelo cíclico de Zimmerman sobre autorregulación del aprendizaje. *Anales de Psicología*, 30(2), pp. 450-462. <http://www.redalyc.org/pdf/167/16731188008.pdf>
- Pedroza, R. (2015). Reeducción cognitiva - emotiva en caso de ansiedad ante los exámenes. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(11), 319-335. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5280193>
- Secretaría de Educación Pública. (2010). *Curso Básico de Formación Continua para Maestros en Servicio, Planeación didáctica para el desarrollo de Competencias en el aula 2010*, México D.F.: SEP.
- Serebrinsky, H. (2012). Psicoterapia de grupo. *Ajayu*, 10(2), 132-155. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v10n2/v10n2a01.pdf>
- Vitasari, P., Wahab, A., Othman, A., Awang, M. (2010). A Research for Identifying Study Anxiety Sources among University Students. *International Education Studies*, 3(2), pp. 189-196. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1066077.pdf>
- World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates(2)*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>

# SÍNTOMAS DE INFOXICACIÓN (INTOXICACIÓN POR EXCESO DE INFORMACIÓN) EN ALUMNOS UNIVERSITARIOS. UN ESTUDIO EXPLORATORIO

**Anahí Citlalli Barraza Cárdenas**

*Universidad Pedagógica de Durango*

**Gonzalo Arreola Medina**

*Universidad Pedagógica de Durango*

## **Resumen**

El presente estudio tiene como objetivos identificar los síntomas de infoxicación que se presentan con mayor o menor frecuencia entre los alumnos universitarios y determinar la relación que existe entre los síntomas de infoxicación y las variables sociodemográficas sexo y edad. Para el logro de estos objetivos se llevó a cabo un estudio exploratorio, correlacional, transversal y no experimental mediante la aplicación de la Escala de Síntomas de Infoxicación a 256 alumnos universitarios. Los resultados muestran que los alumnos encuestados presentan un nivel moderado de síntomas de infoxicación; así mismo indican que las variables sexo y edad no se relaciona con los síntomas de infoxicación.

**Palabras clave:** información, síntomas, internet.

## **The Future Shock y la Sociedad de la Información**

Alvin Toffler, considerado el “futurólogo de los años 70s”, escribió múltiples obras que se convirtieron en novelas mundialmente famosas a causa de los posibles escenarios futuros que el autor describía detalladamente.

Una de las obras más famosas de Toffler fue “Future Shock” en la que describía cambios sociales relacionados con lo que él llamó la tercera ola. Una ola de cambio que traería

tanto beneficios como dificultades socioculturales. Este shock del futuro se refiere a la desorientación resultante de la llegada anticipada del futuro, el cual nos sorprende poco preparados para enfrentarlo.

Vi claramente que el “shock” del futuro ya no es un posible peligro remoto, sino una verdadera enfermedad que afecta a un número creciente de personas. Este estado psicobiológico puede describirse en términos médicos y psiquiátricos. Es la enfermedad del cambio (Toffler, 1970, p. 2).

Toffler (1970) defendía la importancia de la información, decía que la información es el asunto más importante y de crecimiento más rápido en el mundo. Para el autor, la información había sido determinante en la segunda ola (la sociedad industrial) y nos llevaría hacia la tercera ola (la sociedad de la información).

La sociedad ha cambiado conforme ha ido evolucionando, la primera ola en la edad media llamada la época del feudalismo le permitió al ser humano cosechar la tierra y seguir las ordenes de los que estaban al mando o lo que eran considerados los más sabios, esta época termino con la peste negra dando paso a la segunda ola de la sociedad industrial, actualmente estamos instalándonos en la era de la información correspondiente a la tercera ola.

Para este autor, un analfabeta en esta tercera ola será aquel que no sepa dónde ir a buscar la información que requiere en un momento dado para resolver una problemática concreta. La persona formada no lo será a base de conocimientos inamovibles que posea su mente, sino en función de sus capacidades para conocer lo que precise en cada momento.

Otra de las visiones de Toffler (1970) acerca del futuro era sobre las tecnologías; a este respecto comentaba que la tecnología avanzaría y los sistemas de información harían posible que mucho del trabajo de la sociedad pueda realizarse en casa por medio de telecomunicaciones por conexiones de computadora.

Agregado a esto una de las posturas del autor es que las personas más preparadas tendrían que estar capacitadas cada vez más en cuanto a inteligencia emocional para poder lidiar de una manera más humana con sus entornos laborales.

En cuanto a la educación, el autor preveía que todo el sistema educativo tendría que cambiar a causa de que la memorización se volvería innecesaria, y que se tendrían que encontrar nuevas formas rápidas e interesantes de educar a los demás.

Gutiérrez (2006, como se citó en García, 2017) afirma que las sociedades de la información y del conocimiento, sustentadas por la revolución de las TIC, no pueden caracterizarse únicamente por el acceso a grandes áreas de conocimientos o a informaciones parciales en cantidades casi ilimitadas, ni por la introducción de reflexividad en la producción de conocimiento individual y colectivo mediante pertinentes procesos de descubrimiento, investigación, innovación, colaboración en el tratamiento de la información, o gestión del saber. Es necesario además introducir un imperativo ético, que tenga que ver con cuestiones relacionadas con la protección del medio ambiente, la reducción de la pobreza, la igualdad de sexos, la promoción de la salud, los derechos humanos, la comprensión cultural y la paz, la producción y el consumo responsables, el acceso igualitario a las TIC, etc.

Vivimos un proceso de digitalización de la sociedad y a punto de entrar en una revolución de los datos. Los datos cotidianos están siendo observados y analizados, las actividades cotidianas dejan datos en el mundo digital. Generamos información que parece insignificante de forma rápida y gratuita.

La UNESCO (2005) plantean tres grandes desafíos para que la sociedad del conocimiento pueda consolidarse: el acceso a la información para todos; la libertad de expresión; y la protección a la diversidad lingüística, ya que la sociedad del conocimiento debe orientarse hacia el diálogo, el aprovechamiento del saber y de los beneficios de la traducción, con el objetivo de preservar y enriquecer la diversidad de todos.



Chul han (2013, como se citó en Álvarez, 2018) habla, desde su visión filosófica, de esta nueva era de la big data en su obra “El enjambre”, donde reflexiona acerca de las nuevas tecnologías en nuestra cultura y los efectos tan atractivos de esta forma de vida que terminan encandilando y, como consecuencia, perdiendo de vista los efectos de sus consecuencias.

La paradoja es que este “enjambre” desmediatizado se masifica, vulgariza su lenguaje, sus preferencias, su cultura, iguala, todos somos informadores, todos somos lectores de la información de otros, somos nuestras propias audiencias.

Los teléfonos móviles no son los únicos responsables. En breve se tendrán cada vez más objetos conectados al internet, semáforos, faros, casas, etc. Estas ciudades conectadas a internet son llamadas “Smart citys”, y las intenciones de estas ciudades tecnológicas no son únicamente la facilitación de actividades y procesos, sino el estudio de hábitos por medio de la minería de datos.

La abundancia informativa entendida ahora como “sobreabundancia informativa” ha llevado a la gente a confiar más en sus contactos de las redes sociales, como filtro que dé sentido a esa abrumadora cantidad de información Rainie y Wellman, (2012, como se citó en Villarroel, 2015) dicen que hay que tener cuidado con que el Internet no llegue a transformar la identidad que cada persona tiene, en islas encerradas o en burbujas de convicciones, sino más bien espacios de intercambio de ideas.

Cornella (2015) afirma “lo radical es lo normal”; en ese sentido debemos perder el miedo a la radicalidad. Lo que podíamos pensar que era solo ciencia ficción está cada vez más al alcance de la mano de la tecnología. Cada vez más veremos la mezcla de la imaginación humana con la tecnología y esto va a reinventar hacia dónde vamos como humanidad. No habrá otra forma de resolver los problemas futuros más que por medio de la radicalidad.

## Acercamientos Conceptuales a la Infoxicación

*Se ha pasado de una sociedad de labradores del pensamiento a una sociedad de cazadores de la información. “Somos verdaderas cámaras humanas a la caza de sucesos públicos y privados” (Álvarez, 2018).*

El fenómeno denominado infoxicación, referido a la intoxicación por el exceso de información, suele ser llamado también de otras maneras, entre las que se pueden mencionar a la ansiedad informativa, information overload, ansiedad informacional, fatiga informativa, sobrecarga informativa, sobredosis de información e infobesidad, entre otras.

Así explicaba el concepto de infoxicación su creador, Alfons Cornella hace casi catorce años: “el problema principal con el que nos enfrentamos no es tecnológico. El problema con el que nos enfrentamos es de orden cultural o psicológico, sociológico, como queráis. El problema de la angustia de la información, esta angustia de que tengo más información de la que puedo manejar, y por tanto yo no tengo tiempo para absorber toda esta información, es un problema que no sólo es tecnológico. (Cornella, 2009)

Tal como afirma Franganillo (2010, citado por Pineda y Spertino, 2016) “al contrario de lo que se piensa, más información puede significar menos libertad.”... “...tan difícil es vivir faltos de información como desbordados por la sobreabundancia informativa.”.

Hablar de infoxicación es hablar de un término relativamente nuevo que aborda una problemática apenas perceptible desarrollada a causa de los cambios digitales que se están viviendo.

La cantidad de información por unidad de tiempo que se recibe cada vez es mayor, equivalente al infinito. Esa es la gran paradoja del futuro con la que las nuevas generaciones tendrán que luchar. Existirá demasiada información para poderla digerir y el humano tendrá que buscar formas para poder digerir esas cantidades de información. “El niño recibe demasiados inputs por cantidad de tiempo y hay que hacérselos fáciles de digerir por medio de soluciones

tecnológicas”. Hay dos cosas que van a aparecer muy importantes, una es la “s” de Smart, convirtiendo todo en algo más sencillo agregándole inteligencia artificial y la ubicuidad, dándole a personas algún tipo de instrumento que le permita recibir información de un emisor y ser localizado por sensores. (Cornella, 2015)

Wurman (1991, como se citó en Oliveira, 2011), a quien se le atribuye haber acuñado el término “ansiedad informacional”, afirmaba que la ansiedad de la información es la diferencia cada vez mayor entre lo que comprendemos y lo que pensamos que deberíamos comprender. “Es un agujero negro que existe entre datos y conocimiento, que ocurre cuando la información no nos dice lo que necesitamos saber”

Gómez Nieto (2016) describe a la infoxicación como la sobrecarga o exceso de información por la profusión de contenidos en Internet.”...“El acelerón de la tecnología ha provocado que la información nos bombardee a discreción...” Pero probablemente la definición más concreta y sencilla sea que menciona Villarroel (2015) quien nos dice que el término “infoxicación” surge de la unión de las palabras Información + Intoxicación. Este autor refiere que actualmente la sobrecarga de información que recibe un usuario, en especial de internet en todas sus formas, puede causar la sensación de no poder abarcar ni gestionarla, y por lo tanto llegar a generar una gran angustia.

Esta angustia es una característica especial de las personas que la padecen ya que podría ser prácticamente imperceptible o confundida con otros síntomas de índole psicológico.

Pineda y Spertino (2016) usan como base para definir la infoxicación los conceptos de ansiedad y de información los cuales le dan la base conceptual al término de ansiedad informacional o infoxicación, sin embargo, la diversificación de conceptos hace que sea complejo tener una descripción específica del fenómeno en sí. Para este autor la infoxicación se traduce en una emoción de angustia en la persona que la padece, aparejada por la sensación y percepción de que hay tanta información en su panorama que no la puede asimilar, evaluar, organizar, digerir, seleccionar, parametrizar convenientemente; por ser ésta excesiva, lo que

desata una situación de estrés y frustración en el individuo, que puede ser mayor o menor dependiendo de las características particulares de la persona y de las herramientas que ésta tenga para hacer frente a la situación.

Vale decir, el fenómeno de la infoxicación se presenta cuando la información recibida por la persona es mayor que su capacidad de procesarla, trayendo aparejadas consecuencias negativas o molestas para el individuo. Esto se traduce en comportamientos particulares, alteraciones o patologías con síntomas tales como: desorientación, indecisión, falta de atención y concentración, dispersión, problemas de memoria, deterioro de la capacidad analítica, deficiente administración del tiempo, aceleración, impaciencia, o incluso renuncia abrupta a la consecución de objetivos ligados a la búsqueda y tratamiento de información.

Heidegger (como se citó en Álvarez, 2018) dice que la mano que escribe es parte de lo que escribe. El medio es el mensaje. Hoy existe una masa incalculable de información que carece de la contraposición de la misma masa que se referencia en la verdad, porque la información permite un flujo constante e incesante de datos, en cambio la búsqueda de la verdad requiere de detenerse y demorarse, requiere de tiempo.

Se ha pasado de una sociedad de labradores del pensamiento a una sociedad de cazadores de la información. “Somos verdaderas cámaras humanas a la caza de sucesos públicos y privados”.

Cornella, (2000, como se citó en Villarroel, 2015) presenta una comparación muy simple de los inputs que recibía un ciudadano en los años 60 y uno de la actualidad; antes una persona tenía acceso a unas 18 estaciones de radio, 4 canales de televisión, 4.500 títulos de revistas ahora aproximadamente una persona tiene acceso a, 18.000 títulos de revistas, 20 millones de sitios en Internet y 2.400 millones de estaciones de radio en Internet.

Los nativos digitales y la mayor parte de la población no son conscientes de la gran cantidad de datos a la que están expuestos continuamente y al conocer este tipo de información puede parecer sorprendente, sin embargo, como es una actuación diaria la población

individualizada va afectando su pensamiento crítico al no alcanzar a analizar la información constante que recibe del ambiente.

El cuestionamiento entonces sería, ¿cómo afectara esto a las generaciones actuales en un futuro cercano? Ya que los amantes de las tecnologías poco consideran las desventajas de un mundo en el que las mentes humanas se vean afectadas por la realidad digitalizada.

Cornella (2015) plantea un escenario en el que las nuevas generaciones se encontraran con problemas de orden tecnológico en cuanto al exceso de información y otro problema a causa de la segmentación de grupos en cuanto a gustos específicos con personas auto definiéndose dependiendo de sus gustos y no de sus contextos socioculturales que se encuentran diluidos. Actualmente los problemas se complejizan y llegan a ser indefinibles e incluso difíciles de resolver por un algoritmo. Lo que llevará a la hiper especialización de sujetos que resuelvan solo una parte de esa problemática. Lo difícil será tener una visión compartida por la cual luchar y trabajar.

### **Los Síntomas de la Infoxicación**

La poca información existente sobre las consecuencias físicas, comportamentales y psicológicas de la infoxicación es una de las áreas de oportunidad con la que se enfrentan los investigadores para abordar este tema.

Esto nos conduce a recurrir a otro tipo de información existente sobre las afectaciones provocadas por la tecnología. Algunos campos de estudio, que se han dedicado a estudiar esto, han sido la nomofobia, el tecnoestrés, la adicción al internet etc. Las diferentes indagaciones en estas líneas han encontrado un cúmulo de síntomas relacionados con el mal uso o el uso excesivo del internet o de los aparatos electrónicos, más no de la información proveniente de ellos. Sin embargo, a raíz de la revisión realizada, podemos corroborar que los síntomas que se presentan por el exceso de información en las personas estudiadas son en su mayoría similares a los propuestos por otras líneas de estudio sobre las afectaciones que produce el internet en los seres humanos. Por lo tanto, en este espacio se expondrán los diferentes síntomas físicos y

psicológicos abordados por otras investigaciones similares a la infoxicación para posteriormente comparar esta información con las dimensiones encontradas que se ubican en el modelo de síntomas de infoxicación y su escala

### ***Síntomas Físicos de Infoxicación***

Desde que se produjo la masificación de la tecnología digital en la década de 1990, todo el entorno social, comunicativo y cultural se vio modificado y quizá uno de los aspectos más oscuros de esta nueva realidad es la cantidad de datos –personales, financieros, políticos o institucionales– que circulan por el ciberespacio, muchos de los cuales no pueden ser borrados, por lo cual esta posibilidad de eliminar lo que ya no es útil no funciona como se supone que naturalmente ocurre en el cerebro humano (Ayala, 2016).

“Aprender con la tecnología y las pantallas hace a los niños más inteligentes”, este es uno de los mitos constantes que circulan en la educación familiar e institucional, sin embargo desde el 2010 que se introdujeron los dispositivos móviles hasta el día de hoy no ha habido algún cambio concreto en la inteligencia. Lo que sí ha aumentado, según Rojas (2017), son los altos niveles de estrés en adultos, entre ellos un 10% de los menores se encuentra medicado, teniendo en cuenta que las cifras hablan de un 4% de niños y adolescentes diagnosticados con TDAH (Rojas, 2017).

Un bebé empieza a prestar su atención desde que ve la luz, posteriormente su atención se focaliza a los dos meses en el lugar en el que perciba luz, sonidos y movimiento. El reto que está presentado la educación es lograr que los niños presten atención a objetos inmóviles y no luminosos como el papel, la comida, la escritura, la lectura y las tareas.

Rojas (2017) afirma que el uso de dispositivos electrónicos en los niños los regresiona a la atención que prestaban cuando eran bebés, a luces, movimientos y sonidos. Esto es un claro retroceso ya que el niño se motiva como un bebé y no como un niño que en pleno desarrollo se va adaptando a los estímulos diferentes que la cultura le presenta. La hiperconectividad está estrechamente relacionada con la hiperactividad, los problemas de concentración de atención y

la baja tolerancia a la frustración son características básicas entre los niños con diagnósticos de TDAH.

Otro conflicto que han abordado las neurociencias es el hecho de que los humanos están siendo expuestos a los impulsos lumínicos de las distintas pantallas de los variados dispositivos electrónicos con mayor frecuencia.

Los impulsos lumínicos a los que se exponen los ojos generan en ellos reacciones químicas y eléctricas en la retina, enviados como imágenes al cerebro mediante el nervio óptico. Sin importar si es fugaz, cualquier estímulo que se repita con frecuencia creará itinerarios en la red neuronal del cerebro; al inicio temporales pero con la probabilidad de ser permanentes.

Los efectos en el cerebro, ante los impulsos sensoriales, son constantes, someten el cerebro a una continua estimulación digital. La búsqueda en Internet activa la parte frontal del cerebro esta zona concreta del cerebro controla nuestra capacidad de tomar decisiones y de integrar una información compleja. También controla nuestro proceso mental de integrar las sensaciones y los pensamientos. (Small, 2008 citado por Tuirán, 2016).

Expertos afirman que la tecnología digital en constante innovación expone al cerebro a un estado de estrés, llamado también agotamiento “tecnocerebral”. El agotamiento excesivo causado por el estado de “atención parcial continua” produce la segregación de cortisol y adrenalina, de manera crónica puede dar un nuevo orden a la estructura cerebral (Tuirán, 2016).

Los psicólogos Well y Rosen, en su libro publicado sobre tecnoestrés en 1997, afirman que la tecnología crea dependencia y que el uso desmesurado de ésta genera sobrecarga mental, repercutiendo en la memoria de las personas, en la claridad de sus pensamientos y toma de decisiones, así como dificultar la conciliación del sueño, debido a la sobre estimulación que se recibe.

Tuirán (2016) menciona que otras afectaciones producidas por la tecnología son, alteraciones en los ciclos de sueño; parece ser que la luz azul brillante de las pantallas de los dispositivos electrónicos, como tablets y smartphones, emiten señales a las hormonas que inducen el sueño como la melatonina. Por su parte Chamorro et al. (2012) demostraron que la exposición a luz LED durante ciclos de luz/oscuridad (12 horas/12 horas), sobre todo las bandas de luz de menores longitudes de onda, producen daños en células del epitelio pigmentario de la retina.

En el caso de los niños, Rojas (2017) dice que tienen que aprender a focalizar la atención, a desarrollar de manera sana la zona frontal de su cerebro, responsable de la voluntad y el autocontrol. La exposición excesiva a la pantalla inhibe el funcionamiento de esta zona produciendo déficits de atención y de concentración.

Lo más cercano a definir síntomas físicos y psicológicos asociados con el uso prolongado de dispositivos electrónicos fue cuando se abordó un tema similar, como lo es el tecnoestrés (Salanova, 2003); esta autora define el tecnoestrés como: "un estado psicológico negativo relacionado con el uso de TIC o amenaza de su uso en un futuro. Ese estado viene condicionado por la percepción de un desajuste entre las demandas y los recursos relacionados con el uso de las TIC, que lleva a un alto nivel de activación psicofisiológica no placentera y al desarrollo de actitudes negativas hacia las TIC".

En esta definición queda reflejado que el tecnoestrés es resultado de un proceso perceptivo de desajuste entre demandas y recursos disponibles, y está caracterizado por dos dimensiones centrales según (Salanova, 2003): 1) síntomas afectivos o ansiedad relacionada con el alto nivel de activación psicofisiológica del organismo, y 2) el desarrollo de actitudes negativas hacia la TIC.

Desde entonces Salanova (2003) ya advertía sobre la forma en la que se produce un aumento de la cantidad de información (que no siempre útil para la realización de una la tarea)



que debe ser tratada. Esta sobrecarga de información aumenta la carga cuantitativa de trabajo y también cualitativa por la posible dificultad en su tratamiento e interpretación.

El esfuerzo mental que supone «enfrentarse al cambio, errores, multitud de tareas y sobre abundancia de tecnología y datos, que lleva a las personas a trabajar más duramente y les reduce el tiempo libre cuando están fuera del trabajo o la escuela tiene como consecuencia que el cuerpo y la mente sufren reacciones negativas relacionadas con esta sobre estimulación e incapacidad de desconectarse.

Se trata de un tipo específico de estrés que viene como consecuencia de la dependencia que experimentamos de las nuevas tecnologías, el pánico que se siente cuando éstas fallan, un estado constante de sobre estimulación y la necesidad de estar siempre «conectados». El primer síntoma que indica la presencia de este tipo de estrés, tanto en personas que se muestran ambivalentes, reacias o temerosas, es la ansiedad, que se traduce en irritabilidad, dolor de cabeza, pesadillas, resistencia a aprender a manejarlas e incluso rechazo total a las mismas (Llorens, Salanova y Ventura, 2011).

El estrés ligado a las tecnologías tiene consecuencias diversas, entre las que se pueden mencionar a las quejas psicosomáticas, como problemas en los hábitos de sueño, dolores de cabeza, dolores musculares, trastornos gastrointestinales, así como también daños organizacionales, tales como el absentismo y la reducción del desempeño sobre todo debido al no uso o mal uso de las TIC (Salanova, 2003).

### ***Síntomas Psicológicos de Infoxicación***

En cuanto a los síntomas psicológicos podemos encontrar consecuencias psicosociales como sería la absorción, adicción, ansiedad, bienestar psicosocial, cinismo conductas agresivas, dedicación déficit de atención, fatiga mental e insatisfacción y síndromes neurológicos como el de la vibración fantasma.

Algunos teóricos, por ejemplo Sánchez (2014), advierten que existe una profunda afectación en cuanto a la capacidad de la comunicación del ser humano y el pensamiento

crítico de las personas ocasionado por el nivel de multitareas que tienen que realizar al día y el nivel de información al que el ser humano está sometido todo el tiempo, lo que ocasiona que se estén perdiendo la capacidad de analizar la información que reciben constantemente, y se producen sujetos que sean más fácilmente manipulables con cualquier contenido al que tengan acceso en internet.

Otro efecto muy importante, mencionado por Mayos (2009), es que la infoxicación influye en la pérdida de identidad de los individuos debido a una disminución de la solidez de la sociedad. A pesar de que nadie duda del enorme incremento del conocimiento colectivamente disponible por la humanidad, los individuos perciben que sus convicciones, certezas, verdades y consolidados valores “personales” han disminuido en número, en solidez y en seguridad.

Según Avitzur (citado por Tovilla y Trujano, 2016), de la Academia Americana de Neurología, esto depende de que algunos individuos sean mejores para realizar multitareas que otros. También influyen la edad y los estímulos. Cuantos más estímulos se reciben es más fácil perder la capacidad de concentración. Sus estudios demuestran que no somos más rápidos o eficientes por realizar multitareas, de hecho en realidad no ahorramos tiempo si lo comparamos con realizar actividades de forma secuencial.

Reiner (como se citó en Tovilla y Trujano, 2016), neurólogo de la Universidad de British Columbia, comenta que algunos investigadores afirman que la multitarea degrada el cerebro, mientras otros sugieren que este se adapta a nuevos entornos apoyándose en que la maduración cerebral se da hasta los 24 años. Por lo tanto los niños que desde temprana edad están sometidos a grandes cantidades de estímulos informativos estarían adaptando su cerebro a estas cantidades de información sin sufrir afectaciones cerebrales.

Ussía (2011), profesor de Bioingeniería de la Universidad de Leicester Inglaterra, explica que las neuronas que actúan en el hipocampo, un área clave para la formación de memoria y recuerdos, nos permiten relacionar cosas, y son las que permiten que podamos extraer conceptos esenciales que son los que tendemos a recordar, mientras que los detalles los

olvidamos con el tiempo. Si el cerebro no tuviera esta capacidad de olvidar detalles sería demasiado complicado almacenar todo y esto produciría efectos que podemos observar en las personas autistas que son capaces de recordar muchos detalles pero no lo esencial.

Pese a la discusión de sobrevivir o no a la infoxicación a nivel cerebral hay que considerar que la capacidad de procesamiento de información de nuestro cerebro es limitada y que ante la saturación el cerebro llega a no poder almacenar lo que se dice.

En cuanto a los efectos psicológicos, el exceso de información produce una emoción de angustia en la persona que la padece, aparejada por la sensación y percepción de que hay tanta información en su panorama que no la puede asimilar, evaluar, organizar, digerir, seleccionar, parametrizar convenientemente; por ser ésta excesiva, lo que desata una situación de estrés y frustración en el individuo, que puede ser mayor o menor dependiendo de las características particulares de la persona y de las herramientas que ésta tenga para hacer frente a la situación.

Éstas circunstancias pueden traducirse en comportamientos particulares, alteraciones o patologías con síntomas tales como: desorientación, indecisión, falta de atención y concentración, dispersión, problemas de memoria, deterioro de la capacidad analítica, deficiente administración del tiempo, aceleración, impaciencia, o incluso renuncia abrupta a la consecución de objetivos ligados a la búsqueda y tratamiento de información.

### **Objetivos**

Identificar los síntomas de infoxicación que se presentan con mayor o menor frecuencia entre los alumnos universitarios.

Determinar la relación que existe entre los síntomas de infoxicación y las variables sociodemográficas sexo y edad.

## **Método**

### **Participantes**

El presente estudio, de tipo exploratorio, correlacional, transversal y no experimental, tuvo como participantes a 256 alumnos universitarios de diferentes estados de nuestro país.

Un 84% residían en el estado de Durango y un 18% en otros estados como Guanajuato, Zacatecas, Chihuahua, Estado de México, Morelos, Sonora, Sinaloa y Coahuila.

Un 62% de los participantes eran mujeres y un 37% eran hombres.

La edad mínima de los participantes fue de 18 años y la máxima de 35 años, siendo el promedio 21 años.

Las instituciones donde se encuentran estudiando actualmente los participantes son: Universidad Juárez del Estado de Durango (Facultad de Medicina, Veterinaria y Zootecnia, Facultad de Medicina y Nutrición, Facultad de Derecho) Universidad Pedagógica de Durango, Instituto Tecnológico de Durango, Univer, Universidad Politécnica de Durango, Universidad Autónoma de Chihuahua, Instituto Nacional de Formación Profesional, Universidad de Guanajuato, Universidad Autónoma del Estado de México, Escuela de lenguas, Universidad Pedagógica Nacional, Instituto Magisterial de Formación Ejecutiva, Escuela de Aviación ICAE.

Las licenciaturas que cursaban los participantes al momento de responder el cuestionario son Médico Veterinario, Médico Cirujano, Enfermería, Licenciatura en Intervención Educativa, Psicología, Licenciatura en Educación, Derecho, Seguridad Pública, Relaciones Industriales, Ingeniería en Sistemas Computacionales, Arquitectura, Operaciones Aeronáuticas, Ingeniería Química, Contabilidad, Ingeniería en Tecnología Ambiental, Docencia en Lengua Inglesa, Economía y Negocios Internacionales

### **Escala de Síntomas de Intoxicación**

Para el logro de los objetivos planteados se diseñó un instrumento de 9 ítems con respuestas tipo Likert que miden los diferentes síntomas de intoxicación los cuales se dividen en dos dimensiones que son síntomas físico-comportamentales y síntomas psicológicos.

Dimensión Físico-Comportamental: esta dimensión corresponde a síntomas visibles a nivel corporal y asociados al comportamiento del sujeto, ocasionados por el consumo excesivo de información en internet.

Estos síntomas son:

- Insomnio
- Dolores musculares
- Cansancio visual
- Dolores de cabeza
- Fastidio
- Abandono de actividades

Dimensión psicológica: esta dimensión agrupa síntomas de origen psicológico que afectan de manera poco visible o incluso invisible, la psique del sujeto que lo padece y que están relacionados con el alto consumo de información en internet.

Estos síntomas son:

- Falta de concentración
- Depresión
- Ansiedad

El instrumento cuenta con una confiabilidad general de .88, una confiabilidad en la dimensión físico-comportamental de .86 y una confiabilidad de .87 en la dimensión de síntomas psicológicos. La confiabilidad en caso de eliminar un ítem muestra que en todos los casos no mejora la confiabilidad sino que baja a .87 o .86.

### **Procedimiento**

Ante las condiciones de confinamiento, impuestas por la pandemia generada por el COVID 19, se elaboró el cuestionario en un formulario de google ubicado en la siguiente dirección:

[https://docs.google.com/forms/d/1qL61bbhZ0mKjzQ6zUa5NLB6sFVfPOafkjZ2\\_UjOu8ds/edit?ts=5ebca0bbygxids=7628](https://docs.google.com/forms/d/1qL61bbhZ0mKjzQ6zUa5NLB6sFVfPOafkjZ2_UjOu8ds/edit?ts=5ebca0bbygxids=7628)

Una vez elaborado el cuestionario se socializó vía Facebook haciendo la invitación para que se respondiera con base en dos criterios de inclusión: ser alumno de educación superior y vivir en la república mexicana. Por el área de influencia de sus autores la mayor parte de los respondientes fueron del estado de Durango.

Para cuidar el anonimato y la confidencialidad de los resultados no se les solicitó el nombre ni datos sociodemográficos específicos que lo comprometieran. La primera respuesta se obtuvo el 21 de mayo y la última el 26 de mayo. En total respondieron el cuestionario 256 alumnos y no hubo necesidad de eliminar a ninguno al estar bien respondidos y cubrir los dos criterios de inclusión.

Una vez depurada la base de datos de Excel, que proporcionó el formulario de Google, se trasladó al programa SPSS versión 22. Con esta base se hicieron los siguientes análisis:

- Se obtuvo la confiabilidad en alfa de Cronbach para la escala en general y para cada una de sus dimensiones.
- Se calcularon los datos descriptivos de cada uno de los ítems que conforman la escala a través de la media aritmética y la desviación típica estándar.
- Se realizó el análisis de diferencia de grupos sin atribución causal entre la variable síntomas de intoxicación y la variable sexo con el procedimiento U de Mann-Whitney. La regla de decisión para este análisis fue  $p < .05$ .
- Se efectuó el análisis correlacional entre la variable síntomas de intoxicación y la variable edad con el procedimiento Rho de Spearman. La regla de decisión para este análisis fue  $p < .05$ .

## Resultados

Los datos descriptivos de cada uno de los ítems que conforman la Escala de síntomas de intoxicación se presentan en la tabla 1. Como se muestra, los síntomas que se presentan

con mayor frecuencia son Dolores musculares y abandono de actividades, mientras que los que se presentan con menor frecuencia son Falta de concentración y Dolores de cabeza.

**Tabla 1**

*Datos descriptivos de los síntomas indagados*

<b>Síntomas</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
Insomnio	2.79	1.351
Dolores musculares	3.39	1.241
Cansancio visual	2.88	1.320
Dolores de cabeza	2.58	1.221
Fastidio	2.77	1.159
Abandono de actividades	2.98	1.093
Falta de concentración	2.51	1.292
Depresión	2.76	1.234
Ansiedad	2.74	1.184

La media general de los síntomas físico/comportamentales es de 2.90 (*SD*: .95), mientras que la de los síntomas psicológicos es de 2.66 (*SD*: 1.10). Por su parte la media general de los síntomas de la infoxicación es de 2,82 (*SD*: .88).

El análisis de la relación entre los síntomas de infoxicación y la variable sexo muestra que no hay relación (*U de M-W* 6816.500,  $p= .168$ ); mientras que en el caso del análisis de la relación entre los síntomas de infoxicación y la variable edad los resultados indican que tampoco hay relación ( $r_s .067$  y  $p=.144$ ).

### **Discusión de Resultados**

La irrupción de las Tecnologías de la información y la Comunicación en todos los ámbitos de la vida cotidiana ha generado que la realidad se altere y con ello se cree una nueva realidad denominada genéricamente como realidad aumentada.

Este tipo de realidad, en la que se encuentra inmerso el sujeto del siglo XXI, trae sin lugar a dudas múltiples beneficios, entre los que se pueden mencionar la producción, distribución, almacenamiento y recuperación de la información. Sin embargo esta omnipresencia de la información también puede acarrear problemas.

En algunos casos los problemas se derivan de la generación de la información, otras veces de su distribución, y en algunos casos se centran en su uso o consumo. Esta última situación ha conducido a algunos especialistas a acuñar el término infoxicación para referirse al problema de intoxicación que presentan algunas personas ante el consumo de tanta y tanta información disponible.

Lamentablemente el término no viene acompañado de suficientes investigaciones, de hecho no se ha encontrado una sola investigación al respecto. Ensayos, análisis, reflexiones y artículos con una intencionalidad de divulgación es la tónica presente en este incipiente campo.

En ese contexto es que se emprendió el presente trabajo de carácter exploratorio que centró su atención en los síntomas de la infoxicación en el entendido de que la intoxicación por el consumo excesivo de información tendería a generar un correlato empírico que se manifestaría en una serie de síntomas.

Los resultados son halagüeños. Inicialmente se pudo construir una escala para medir estos síntomas y posteriormente se obtuvo un perfil descriptivo de los mismos en la población encuestada.

Los resultados indican que los síntomas que se presentan con mayor frecuencia son Dolores musculares y abandono de actividades, mientras que los que se presentan con menor frecuencia son Falta de concentración y Dolores de cabeza. Así mismo se pudo constatar que el tipo de síntomas que se presentan con mayor frecuencia son los físico/comportamentales.

La media general de los síntomas de la infoxicación es de 2,82 que transformada en porcentaje da un valor de 56% que interpretado un baremo indicativo de tres valores (de 0 a



33% nivel leve; de 34% a 66% nivel moderado; de 67% a 100% nivel profundo) permite afirmar que la población encuestada presenta un nivel moderado de síntomas de infoxicación.

Por su parte el análisis correlacional muestra que las variables sexo y edad no se relacionan con los síntomas de infoxicación lo que indica que su presencia no está mediada por estas variables sociodemográficas; en otras palabras no importa si se es hombre o mujer o la edad que se tenga, de igual manera se es susceptible a presentar síntomas de infoxicación.

Finalmente es necesario mencionar que por el carácter exploratorio del presente estudio no se tienen referentes teóricos y/o empíricos para contrastar los resultados lo que sin lugar a dudas constituye la principal limitación del presente estudio. No obstante estos resultados son indicativos y pueden dar lugar a mayores estudios al respecto.

## Referencias

- Álvarez, C. (2018) *El enjambre. Byung Chul-Han.* :  
<https://www.youtube.com/watch?v=eyfPcwupxFo>
- Ayala, T. (2016) Memoria versus olvido: la paradoja del internet. *Universum (Talca)*, 31(1), 31-44. DOI:10.4067/S0718-23762016000100003
- Cornella, A. (2009). *Como sobrevivir a la infoxicación*. Transcripción de la conferencia del acto de entrega de títulos de los programas de Formación de Posgrado del año académico.  
<http://docplayer.es/9719171-%20Como-sobrevivir-a-la-infoxicacionalfons-cornella.html>
- Cornella, A. (2015): *Infoxicación.* : <http://alfonscornella.com/thought /infoxicación>
- García, S. (2017). Alfabetización digital. *Razón y Palabra*, 21(98), 66-81.  
<https://www.redalyc.org/pdf/1995/199553113006.pdf>
- Gómez, B. (2016). El consumidor ante la infoxicación en el discurso periodístico. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 22(1), 313-327. DOI:10.5209/rev\_ESMP.2016.v22.n1.52598
- Llorens, S., Salanova, M., y Ventura, M. (2011). *Guía de intervención. Tecnoestrés*. Madrid: Editorial Síntesis.

- Mayos, G. (2009). La sociedad de la incultura. En A. Brey, D. Innerarity, y G, Mayos (coords.). La sociedad de la ignorancia y otros ensayos. (pp. 51-62) Barcelona, España: Infomania.
- Oliveira, N. G. (2011). Ansiedad informacional: o caso dos estudantes de pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (Tesis de Bachiller en Biblioteconomía) Universidad Federal Rio Grande do Sul, Porto Alegre. <https://goo.gl/0eUlvZ>
- Rojas, M. (2017). ¿Cómo afectan las tecnologías al cerebro de los niños y los jóvenes? <https://www.europapress.es/sociedad/noticia-afectan-tecnologias-cerebro-ninos-jovenes-20170429172553.html>
- Salanova, M. (2003). Trabajando con tecnologías y afrontando el tecnoestrés: el rol de las creencias de eficacia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(3), 225-247. <https://journals.copmadrid.org/jwop/art/02a32ad2669e6fe298e607fe7cc0e1a0>
- Sánchez-Labela. I. (2014). Infoxicación en la animación televisiva. Personajes masculinos y femeninos que perpetúan roles. *Ámbitos, Revista Internacional de Comunicación*, 26. : <https://institucionales.us.es/ambitos/infoxicacion-en-la-animacion-televisiva-personajes-masculinos-y-femeninos-que-perpetuan-roles/>
- Pineda, J. M., y Spertino, J. G. (2016) Aproximación a la infoxicación, ansiedad y sobre carga informativa: una problemática que atraviesa a nuestros profesionales bibliotecarios y su entorno laboral. <https://www.infotecarios.com/aproximacion-la-infoxicacion-ansiedad-sobrecarga-informativa-una-problematika-atraviesa-profesionales-bibliotecarios-entorno-laboral/#.YFQLs1VKjTA>
- Toffler, A. (1970). *El "shock" del futuro*. Barcelona España: Plaza y Janes.
- Tovilla, C., y Trujano, P. (2016). Infoxicación, angustia, ansiedad y web semántica. *Razón y Palabra*, 92, 1-27. <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199543036056.pdf>
- Tuiràn C. (2016) Tecnología digital y tendencias en los procesos humanos de memoria y aprendizaje. *QUID: Investigación, Ciencia y Tecnología*, 27, 75-84. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761073>

UNESCO (2005). *Construir sociedades del conocimiento.*

<https://es.unesco.org/themes/construir-sociedades-del-conocimiento>

USSÍA, A. (2011). *Infoxicación: cuando el exceso de mensajes 'revienta' el cerebro,*

[http://www.larazon.es/historico/9985-infoxicacioncuando-el-](http://www.larazon.es/historico/9985-infoxicacioncuando-el-exceso-de-mensajes-revienta-el-cerebro-ULLA_RAZON_380964#.Ttt1PB7YxoCptF6)

[exceso-de-mensajes-revienta-el-cerebro-ULLA\\_RAZON\\_380964#.Ttt1PB7YxoCptF6](http://www.larazon.es/historico/9985-infoxicacioncuando-el-exceso-de-mensajes-revienta-el-cerebro-ULLA_RAZON_380964#.Ttt1PB7YxoCptF6)

Villaruel K. (2015). Infoxicación. *Revista de Investigación Scientia*, 14(1), 72-84

[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2313-](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2313-02292015000100006yscript=sci_arttextylng=es)

[02292015000100006yscript=sci\\_arttextylng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2313-02292015000100006yscript=sci_arttextylng=es)

Well, M., y Rosen, L. (1997). *Technostress: coping with technology work home play.* USA: John

Wiley y Sons Inc.

**DISFORIA PSICOSOCIAL Y SUICIDA: ESTUDIO PILOTO DE LA ESCALA DE MALESTAR  
PSICOLÓGICO**

**Oliverio Leonel Linares Olivas**

*Universidad Juárez del Estado de Durango*

*Centro de Estudios Cognos S.C.*

<https://orcid.org/0000-0003-2970-7213>

**Cosme Francisco Maldonado Rivera**

*Universidad Juárez del Estado de Durango*

<https://orcid.org/0000-0002-6412-0832>

**Pamela Morán Nogueira**

*Centro de Estudios Cognos S.C.*

*Albert Ellis Institute*

<https://orcid.org/0000-0002-0378-8388>

**Resumen**

El objetivo de esta investigación es presentar los hallazgos preliminares de un estudio piloto sobre los constructos de disforia en dos modalidades: aquellos sentimientos de malestar psicológico relacionados a la interacción con los otros; y por otro lado aquellos sentimientos de malestar psicológico relacionados a ideación suicida. Tomando como eje central el manejo de las emociones y directamente la tolerancia a la frustración, se discuten las teorías de la regulación emocional, la desesperanza y la impulsividad. Se pone énfasis particular en el fenómeno del auto lesionismo como la variable previa al intento suicida. Adicionalmente al objetivo principal, se analizó la influencia de la disforia en el auto lesionismo y el nivel de

letalidad suicida y se presentan los resultados preliminares de la escala de disforia. La validez divergente se realizó con la escala de satisfacción vital ESV y la validez convergente con algunos reactivos de la escala de autolesionismo para adolescentes. Los niveles de confiabilidad fueron adecuados por lo que la escala tiene consistencia interna fiable. Mediante modelos predictivos de corto alcance se encontró que la disforia social y el pensamiento constante (rumiación) de autolesionarse fueron predictores importantes para la disforia suicida.

**Palabras clave:** conductas autolíticas, impulsividad, disregulación emocional, suicidio.

### **Aproximaciones al Estudio del Suicidio**

#### **Edwin Shneidman**

A Shneidman se le considera el padre de la suicidología moderna ya que es el pionero de diversos estudios, la clasificación y taxonomía del fenómeno del suicidio. Uno de los objetivos principales que tuvo al abordar este fenómeno fue el estudio de las notas suicidas, pues consideraba que el análisis de tales textos llevarían a un trabajo interpretativo que podría terminar con el logro de la exploración de todas aquellas motivaciones que llevarían a una persona a quitarse la vida. Gracias al análisis de las notas suicidas y del trabajo con las familias de supervivientes pudo dar origen a dos disciplinas relacionadas con el suicidio: por un lado, la psicología forense del suicidio y por el otro lado el estudio de los supervivientes.

Para este autor el suicidio es básicamente una forma de resolución del problema ante un dolor psicológico o emocional que es determinadamente insoportable (Giner, Guija, Root y Baca, 2016). Gracias a esta definición se pudo reorientar el análisis de este fenómeno hacia una mirada más psicológica y menos biológica. Antes de que tuviéramos esta visión, las explicaciones en torno al suicidio giraban en torno a factores biológicos o genéticos o bien, se atribuía a cambios en las estructuras sociales. Sin embargo, estas dos explicaciones aunque tienen su parte de verdad, quedarían incompletas sin una visión psicológica, sin el análisis y la profundización de los aspectos volitivos, de los afectos, los pensamientos y en sentido general,

en el análisis del estilo de vida del suicida. En palabras de Shneidman: “Actualmente para el mundo occidental, el suicidio es un acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor entendida como un malestar multidimensional en un individuo necesitado, quien define un problema para el cual el suicidio se percibe como la mejor solución” (2004, p. 31).

La aproximación que hace este autor al fenómeno del suicidio y categorizarlo o visualizarlo desde una mirada de enfoque de los problemas desde una persona que sufre, es el principal aporte al fenómeno que nos ocupa. Pues Shneiman hace un giro en torno a la visión del suicidio como un mero acto derivado de la psicopatología, del desorden mental o bien de un fenómeno institucional en términos de Durkheim. Al ofrecer una visión central del problema, tanto la conceptualización como la prevención y la intervención tomaron un rumbo distinto, pues ya no sólo se trata de una visión clínica sino, que se toman en consideración el contexto bajo el cual, de manera multidimensional se puede explicar el fenómeno del suicidio. Es de esta forma que el concepto de malestar o disforia como lo describiremos más adelante se centra en el núcleo del cual emanan el sufrimiento, la angustia, la desesperación y en última instancia la ideación suicida (Courtet, 2016; Santamarina et al., 2004). Dicha desesperación psicológica o dolor psicológico visto bajo el contexto de diversos ámbitos de la vida nos ofrece una mejor panorámica de aquellos elementos que pueden ser considerados tanto para la explicación como para la intervención.

Sabemos que muchos fenómenos de sufrimiento psicológico están relacionados con altas situaciones de problemas familiares, situaciones económicas complicadas que se configuran bajo sentimientos de enojo, gran frustración, tristeza y estrés postraumático (Fox, Dalman, Dal, Hollander, Kirkbride y Pitman, 2020). Toda esta gama y combinación de situaciones y sentimientos que se perciben como grandes problemas, pueden favorecer la constricción cognitiva y que es la responsable de que la persona que se encuentra en esta situación exprese grandes dificultades al momento de buscar nuevas, variadas y mejores soluciones ante aquello que le aqueja.

En este primer momento la explicación del suicidio estaría asociada al gran dolor psicológico junto con las pobres estrategias de resolución de problemas en situaciones altamente problemáticas o que son así percibidas por alguna persona.

Siguiendo con este autor, se listan algunas de las características más comunes relacionadas con el suicidio. La primera de ellas es que como hemos dicho arriba el suicidio busca ser una solución ante un problema que se percibe como sumamente doloroso y ante el cual la única respuesta posible es la auto aniquilación. Por lo tanto, como resultado de la auto aniquilación se obtiene el cese de la conciencia y por lo tanto la disminución o más bien dicho anulación del sufrimiento psicológico. Es por esta anulación del sufrimiento psicológico que se pueden catalogar como conductas parasuicidas aquellas como el abuso de sustancias, las relaciones sexuales sin protección y las autolesiones (García et al, 2015; Ramírez y Naranjo, 2014). Además de todas aquellas actividades que representen un riesgo evidente ante la vida, pues todas ellas buscan cómo de alguna manera disminuir esa conciencia que trae al momento actual el sufrimiento que se torna insostenible y del cual se busca un escape.

Debido a que el dolor psicológico insostenible es el estímulo común en el suicidio, el autor nos indica que debajo de esta sensación de amargura hay un elemento de alto estrés que se refiere a las necesidades psicológicas frustradas. Las grandes expectativas que se manifiestan como necesidades no resueltas son, a nuestro punto de vista, el ojo del huracán que pone en marcha todas aquellas estrategias y habilidades de afrontamiento para evitar la frustración.

Cuando tales necesidades no son satisfechas, ya sea porque son irreales o simplemente porque en ese momento no pueden estar disponibles, la persona tiene que asumir el compromiso volitivo y afectivo de la frustración que ello implica y en la medida en que lo desea. Es decir, entre más alta es la expectativa y mayor el deseo, se van a requerir de más y mejores estrategias para afrontar todos aquellos sentimientos dolorosos asociados a la frustración, principalmente el enojo la rabia, la desesperanza y la impotencia (Rihmer y Gonda, 2016).

Es por ello que uno de los indicadores preferentes de la salud mental es la tolerancia a la frustración (Shneidman, 2004). La forma en que una persona aborda y resuelve el manejo de tales sentimientos al mismo tiempo que puede dilatar la necesidad, la expectativa y el deseo van a ser determinantes en su estado general de bienestar, y en última instancia podríamos decir que en la felicidad general con la cual abordar los diferentes retos, frustraciones y sinsabores de la vida.

Es en los momentos de gran frustración en qué una persona se ve obligada a utilizar todas sus inteligencias disponibles para adaptarse a la condición a la que se enfrenta. Pues no solo se requiere del control emocional, sino también de una clara lucidez mental para observar otros panoramas diferentes, otras alternativas nuevas, y enfrentar de manera creativa la situación que genera frustración. Ello no quiere decir, que la creatividad y la inteligencia cognitiva van a eliminar el dolor, pero sí van a facilitar la perspectiva de diferentes escenarios, nuevos horizontes y varias alternativas, incluso mejores que el deseo original.

Es por ello que otra de las características del suicidio es la ambivalencia. Es decir, dos sentimientos opuestos que se presentan al mismo tiempo. Sabemos que la persona con ideación suicida no desea morir, pero si desea eliminar el sufrimiento la frustración y la conciencia, y esto representa una lucha ante el instinto de supervivencia como indica Joiner (2011). Tal sentimiento de ambivalencia representa el punto de anclaje bajo el cual puede ser exitosa una intervención durante un suicidio o más bien dicho, un intento de suicidio en curso. Pues el profesional deberá ubicar aquellos aspectos, como ideas, temores, y otras personas significativas ante las cuales se aferra a la vida. Al traer a la conciencia y verbalizar todas aquellas metas sociales por las cuales vale la pena vivir, aumenta la ambivalencia y puede existir la oportunidad de que disminuya la ideación suicida (Christiansen, 2005, p. 99).

La consistencia común en el suicidio son aquellos patrones de afrontamiento ante la vida que resultan ser disfuncionales. Tales patrones se encuentran anclados en procesos de aprendizaje, modelos de vida y modelos simbólicos, principalmente provenientes de la familia.



Por fortuna, es posible, bajo encuadre terapéutico adecuado y con gran participación de la persona, modificar tales patrones de afrontamiento y sustituirlos por unos más funcionales.

Tomando en consideración que estamos hablando de emociones básicas no es de extrañarse que el suicidio se manifieste como un fenómeno innegable profundamente significativo en muchas sociedades a lo largo de la historia de la humanidad. En dónde tienen que ver tanto las fuerzas culturales del entorno, las condiciones económicas e incluso el valor que se le otorga al suicidio en un momento dado. Por ejemplo, cuando Sócrates toma la cicuta y lo hace por una decisión de una orden de la justicia, o bien como se consideraba en la antigua Grecia se podía justificar el suicidio cuando hay un dolor excesivo y sin salida o incluso por vergüenza e ignominia (Salman, 2011). Aunque básicamente la descripción del alivio que da el suicidio ante un momento de desesperación de esperanza y soledad, ya se encuentra en contextos muy antiguos de Egipto, de alrededor de 2000 años antes de Cristo (Salman, 2011). Cómo podemos observar, aunque el suicidio es un fenómeno igual en todos los casos (es decir una persona se quita la vida de manera voluntaria por diversos medios), cada sociedad ha mantenido estas críticas y acercamientos tan variables como sus peculiares principios culturales religiosos morales e ideológicos.

Shneidman ha conceptualizado al suicidio como una crisis psicológica y tal como lo haría Albert Camus lo defendió como un verdadero problema filosófico pues al final de cuentas es el hombre enfrentado hacia el absurdo y el sentido de la vida. Y tal como lo reflexiona Camus, enfrentarse al mundo sin sentido obliga a plantear la única pregunta que para él tiene sentido en la filosofía: ¿vale la pena vivir la vida? Para el autor que nos ocupa, la respuesta sería negativa en momentos graves de crisis psicológicas sobre todo asociadas con alto dolor y desesperación. Entonces el suicidio es el acto inconsciente de auto aniquilación, que se entiende como un hecho pluridimensional en un individuo que percibe ese acto como la mejor solución. Los sociólogos han detectado las tasas de suicidio controladas de acuerdo con factores como la guerra y el desempleo, los psicoanalistas sostienen que es la ira hacia un ser

querido que se dirige hacia adentro, los psiquiatras lo ven como un desequilibrio bioquímico. Ningún método tiene la respuesta: es todo eso y más (Shneidman, 2004).

Gracias a los estudios seminales de este autor en torno al análisis de las notas suicidas tenemos información que nos ayuda a dirigir nuestra atención sobre algunas motivaciones principales. Niveau et al (2020) y su equipo de colaboradores, recientemente han analizado 78 notas suicidas y encontrado que los conceptos o constructos personales que aparecían con mayor frecuencia en las notas fueron: incapacidad para adaptarse, rechazo – agresión, dolor insoportable y ego. De tales resultados se puede deducir que la incapacidad de adaptación está asociada a la dificultad cognitiva que presenta el suicida al momento de lidiar con la frustración en un contexto de pobres habilidades en la solución de problemas. Además, los sentimientos de rechazo y agresión son característicos de no haber tenido éxito en la consecución de las metas sociales que no permiten la integración de la persona en el grupo de referencia, sobre todo a aquel grupo al que anhela pertenecer.

Es de gran relevancia notar que dentro de los hallazgos de este grupo de investigadores se encuentra el ego, ya descrito en otras investigaciones (Balhara y Verma, 2012). Técnicamente asociado a rasgos el trastorno narcisista de la personalidad. Básicamente, un trastorno de la personalidad se caracteriza por un patrón consistente tanto en la experiencia interna como en comportamientos que se escapan a las normas, valores y sobre todo las expectativas de la cultura de la persona que lo padece. Se compone de pautas de comportamiento poco flexibles que dificultan la adaptación y la consecución de las metas sociales dando lugar a un malestar y deterioro que pueden llegar a ser muy significativos (DSM – 5, 2014).

La característica esencial de los rasgos el trastorno de personalidad narcisista consisten en una gran necesidad de reconocimiento y de recibir afecto de los demás, pero también con falta de empatía y preocupación por los otros. Winnicot, llamó depresión por herida narcisista, a aquellos sentimientos derivados de la frustración crónica y enojo por falta de reconocimiento de

parte de los demás. A diferencia de la tristeza generada por la pérdida de un objeto, en la herida narcisista la persona se siente ofendida porque otros no lo valoran o bien, no le prefieren. Dando como resultado enojo y depresión. El suicidio anómico caracterizado por Durkheim, entraría en esta categoría donde hay una alta preocupación por el yo y un bajo apego hacia las instituciones, sobre todo la familia y a las relaciones que están determinadas por la interacción afectiva.

Los sentimientos de grandeza y prepotencia, así como las fantasías de éxito, belleza gran inteligencia, y otros grandes atributos bajo los cuales idealiza el narcisista le hacen ver como una persona especial ante los demás. Es por ello que tiene una necesidad muy alta de atención y de admiración. Se siente altamente privilegiado y con ello explota las relaciones interpersonales, se aprovecha de los demás (DSM – 5, 2014). La ideación suicida aparece cuándo tales expectativas no son satisfechas y puede aparecer la fantasía de que al suicidarse deja los demás sin un bien.

### **El Modelo de Desesperanza**

Para A. Beck, las distorsiones cognitivas que llevan hacia sentimientos de depresión Ideación suicida se centran en 3 aspectos fundamentales.

1. Percepciones y creencias negativas acerca de sí mismo.
2. Percepciones y creencias negativas hacia el entorno.
3. Percepciones y creencias negativas hacia el futuro (desesperanza).

Este modelo ha sido muy útil en la evaluación que tiene una persona acerca del pronóstico de su propia situación. Lo cual cobra una relevancia fundamental tanto en el fenómeno del suicidio, como en todos los tratamientos psicológicos, pues de ello depende el éxito (Gysin et al, 2016). Particularmente el tema de la esperanza nos ocupa un espacio fundamental en este estudio debido a que en la ideación suicida ya no se percibe un futuro posible o bien, éste es devastador o funesto.

Básicamente las expectativas que se tienen acerca de la vida son negativas o muy dolorosas. Como resultado la persona busca huir de ello a través del suicidio, la idea de no sufrir más y no someterse a ese dolor. Es muy interesante distinguir que la desesperanza es un concepto que está asociado tanto a la depresión pero también a la desesperación maníaca (Beltrán, Freyre y Hernández, 2012). Por eso en la evaluación clínica, el profesional debe atender claramente a la distinción de estos dos estados. Adicionalmente podemos agregar el nivel de letalidad se puede inferir combinando el grado de desesperanza que manifiesta una persona en este momento en combinación con el grado de dolor psicológico asociado a ella. Tal incorporación del concepto de dolor psicológico retomado de Sneedman, resulta necesario al momento de la valoración, pues en diversas investigaciones se ha demostrado que la desesperanza por sí sola tiene un valor predictivo bajo (Courtet, 2016). Es decir, que muchas personas pueden pasar por momentos de desesperanza, e incluso de ideación suicida, pero que el nivel de letalidad, o de intento para decirlo mejor, es bajo.

### **Modelo de Regulación Emocional**

Los últimos años el modelo de regulación emocional ha cobrado gran relevancia en los estudios del trastorno de personalidad tipo límite, el cual junto con el trastorno bipolar, son los que más incidencia y riesgo de suicidio presentan (Castro, 2014; Soloff, Fabio, Kelly, Malone, y Mann, 2005). Las emociones básicas han sido diseñadas, gracias a la evolución, para asegurar la supervivencia de las especies en diversos contextos. El concepto de valoración cognitiva recobra una gran relevancia en cuanto al manejo de las emociones se refiere. Pues gracias a la valoración que hacemos en un momento dado sobre un estímulo disparador, será la reacción completa. Las diferencias en la valoración cognitiva, tal y como se ha expresado en los capítulos anteriores, depende tanto del temperamento (genéticamente heredado), cómo de las condiciones de aprendizaje a las cual es una persona ha sido sometida, es decir el proceso de socialización. Es de esta forma que la combinación entre nuestro temperamento y la forma en la

que hemos aprendido a lidiar con las situaciones y las emociones nos va a delinear la forma en que cada uno de nosotros va controlar sus afectos.

Linehan y Heard (2007), definen la mala regulación emocional como un déficit en la capacidad de modular los sentimientos de tal forma que las emociones están fuera de control, cambian rápidamente y se expresan de forma extremadamente intensa. Esto es particularmente grave en las emociones negativas, aunque debemos recordar que los episodios de manía existen graves regulaciones de las emociones positivas que llevan a las personas, bajo esta circunstancia, a la toma de decisiones erróneas. Es decir, que la persona con un déficit en la regulación emocional carece de un control tanto en la expresión así como en la experiencia de las emociones. Linehan (2007) indica que existe una tendencia a responder con una elevada sensibilidad, una alta reactividad (emociones que se experimentan como muy intensas), y una gran dificultad para recuperarse (la persona tarda mucho tiempo en volver a su estado normal).

La relación principal entre la disregulación emocional y el suicidio se ha observado más claramente en pacientes con trastorno límite de personalidad (LeGris y van Reekum, 2006; Yoshida et al., 2006). Este es un trastorno que se caracteriza por una gran inestabilidad de las relaciones interpersonales, con graves conflictos en la percepción de la autoimagen, así como una alta reactividad ante los afectos junto con Impulsividad intensa (DSM – 5, 2014, p.663). Las personas que sufren de este trastorno realizan esfuerzos muy grandes para evitar el abandono de otras personas, son altamente dependientes y cuando se ven amenazadas aparecen ideas o intentos suicidas (Echávarri, Morales, Bedregal, Maino y Fishman, 2015). Ello ante la creencia de su propia imposibilidad para ser independientes. A consecuencia de esto, se puede apreciar un notable patrón relaciones interpersonales que son muy inestables pero muy intensas (Chesney, Goodwin, y Fazel, 2014). Es frecuente que estas personas pasan de un estado de idealización, ya sea de una pareja o de una amistad, a un estado de odio hacia la misma persona en un breve periodo de tiempo y bajo argumentos inocuos. Tal combinación de idealización y odio están enmarcados con alta impulsividad y cambios constantes del estado de

ánimo. Ello les vuelve impredecibles a la vez que muy difíciles de tratar. Esta combinación de gran impulsividad y reactividad se cristalizan en conductas auto lesivas, francamente parasuicidas (García et al, 2015).

Las conductas de autolesión como por ejemplo cortarse las muñecas los brazos o las piernas, alivian el dolor psicológico sirven como catalizadores de la angustia y la ansiedad que en un momento dado se vuelven insoportables. Se pueden explicar las conductas autolesivas y los intentos de suicidio, como una forma de escapar y evitar aquellos estados emocionales muy intensos y negativos que se denominan como disforia (Gallegos et al.2018). Esas conductas reducen las emociones negativas y se acaban convirtiendo en un peligroso refuerzo negativo (Hawton, Saunders, O'Connor, 2012), además, la práctica de las conductas auto lesivas, son uno de los elementos determinantes en la habituación al dolor y en la pérdida al miedo de la muerte. Para Joiner (2011), este es el factor de letalidad más alta en la ideación suicida. Algunas otras características que enmarcan este trastorno, son las amenazas constantes de suicidio o conductas auto lesivas (García et al, 2015). También una sensación crónica de vacío acompañado de ideas paranoides qué tienen como contenido creo que otros les van a abandonar o les van a hacer daño.

La regulación emocional es determinante en todas las personas porque gracias a ella podemos alcanzar nuestras metas. No necesariamente está orientada hacia la eliminación del dolor o emociones negativas. Para las personas es importante regular sus emociones ya que este es un medio para optimizar su propia adaptación personal y social (Linehan, 2007). Como ocurre ocasionalmente, definir lo que es apto en un momento dado es complicado pues depende de la situación total y de la valoración de un evento en un contexto particular (Maris, 2002; Matschnig, Fruhwald, y Frottier, 2006). Es por ello que es un mito llegar a suponer que todo el proceso de regulación emocional tiende a buscar un estado agradable. Por ello es complicado averiguar cuál es el tono afectivo de una persona en un momento particular, pues esas emociones generalmente se transforman en pensamientos automáticos (rationales o

irracionales) que están fuera de la conciencia. Las expectativas sociales se van a volver el estándar o el criterio de referencia bajo el cual se va a comprar o a evaluar la reacción efectiva. Es decir, siempre hay una expectativa o una norma o una regla acerca de cómo nos debemos comportar, en el sentido más amplio de la palabra. Adicionalmente, existe una constante monitorización del proceso de (auto) regulación. Esta propia evaluación permite el aprendizaje de nuevas estrategias y el afianzamiento de las anteriores. Junto con las expectativas y la monitorización, la autodeterminación se refiere a la fortaleza con la que una persona busca mantenerse en un estado ecuánime. Estos tres elementos componen los principios generales de la regulación emocional, la falla en alguno de ellos estará asociado con el respectivo déficit.

Tanto el dolor psicológico descrito por Shneidman, como la desesperanza y los déficits en la desregulación emocional son ejes rectores y a la vez los constructos que delinean un modelo de disforia. Tomando en consideración lo anteriormente escrito, el desarrollo de una escala de disforia y el autolesionismo como predictor de la ideación suicida son el objetivo de este estudio.

## **Método**

### **Objetivo**

Identificar la relación entre la disforia (malestar, dolor psicológico) y la ideación suicida en un grupo de jóvenes.

### **Participantes**

Debido a que las tasas de suicidio juvenil son una prioridad en el Estado de Durango, se eligió a 327 estudiantes de una secundaria pública ubicada en el norte de la ciudad. La mayoría eran mujeres 50% y las edades oscilaron entre los 12 y 16 años. El muestreo fue por conveniencia.

### **Diseño**

Se trató de un estudio exploratorio, psicométrico correlacional y explicativo.

## Instrumentos

Tomando en consideración las aportaciones de Shneider y Linehan en referencia a que el dolor psicológico y el malestar o disforia son los elementos fundamentales en la elección suicida, se diseñó la escala de malestar psicológico o disforia, la cual consiste en tres aspectos principales (DSM – 5, 2014). El primero de ellos hace referencia a una insatisfacción general con la vida misma. El segundo se refiere al aspecto afectivo en el cual se expresan, de manera constante y crónica, sentimientos de irritabilidad y enojo que no se justifican. Un tercer elemento se refiere a la distimia, la cual se define como un estado depresivo o melancólico crónico que puede aparecer después de un evento traumático, de un estado depresivo mayor, de un duelo mal elaborado o bien, de situaciones de violencia crónica, sobre todo en los inicios de la vida. Para el diseño de la escala se tomaron en cuenta las características antes descritas y que subyacen en tratados y manuales de psiquiatría.

Los reactivos analizados fueron los siguientes:

**Tabla 1**

*Reactivos analizados*

1. En mi familia hay peleas.
2. Me vienen pensamientos de no querer vivir.
3. Pienso que nada va bien en mi vida.
4. Siento mucho estrés.
5. Creo que la gente me rechaza.
6. Tengo periodos prolongados de tristeza.
7. Me siento solo (a).
8. He deseado morir.
9. Tengo deseos de suicidarme.
10. Pienso que la gente que me rodea es más feliz que yo.
11. Me vienen ideas de que sería mejor morir.
12. Pienso que tengo muchos problemas.
13. Pienso que tendré un buen futuro. *



El reactivo número 13 se incorporó como una pregunta de control.

### **Procedimiento**

Una vez que se redactaron los reactivos, y se analizaron por jueces expertos en psicología clínica y psicopatología, se procedió a la aplicación y tratamiento estadístico. Para realizar los análisis de validez divergente, se utilizó la escala ESV de satisfacción con la vida de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985). También se realizaron análisis factoriales exploratorios para ubicar el porcentaje de varianza explicada. Los análisis de fiabilidad se realizaron a través del método de consistencia interna.

### **Resultados**

En un primer momento se hizo el análisis de confiabilidad mediante el método de consistencia interna de Cronbach. Los resultados se muestran en la tabla 1.

#### **Tabla 2**

##### *Análisis de confiabilidad*

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados</b>	<b>N de elementos</b>
.854	.860	12

En un segundo momento se realizó un análisis factorial exploratorio para descubrir si la escala contenía una o más dimensiones. Se realizó a través del método de componentes principales y la rotación fue de tipo varimax para forzar la varianza de todos los reactivos. En la tabla dos se describen los componentes de esfericidad.

**Tabla 3***Resultados de los análisis previos de Esfericidad. KMO y prueba de Bartlett*

<b>Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.</b>		.903
<b>Prueba de esfericidad de Bartlett</b>	Chi-cuadrado aproximado	1271.728
	gl	66
	Sig.	.000

Enseguida se indica el porcentaje de varianza explicada y el número de factores encontrados.

**Tabla 4***Porcentaje de varianza explicada y factores. Varianza total explicada*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.875	40.623	40.623	4.875	40.623	40.623	3.111	25.927	25.927
2	1.265	10.543	51.166	1.265	10.543	51.166	3.029	25.239	<b>51.166</b>
3	.954	7.950	59.116						
4	.812	6.767	65.884						
5	.698	5.816	71.700						
6	.655	5.461	77.160						
7	.631	5.258	82.418						
8	.558	4.653	87.071						
9	.487	4.060	91.131						
10	.455	3.789	94.920						
11	.333	2.775	97.695						
12	.277	2.305	100.000						

*Nota.* Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Con referencia a la validez de constructo, en la tabla tres se aprecia qué número de factores encontrados es de doce y que explican el 51% de la varianza total. Debido a que la escala de disforia incorpora reactivos que miden ideación suicida, se optó por separar las dos sub escalas en dos factores (tabla 4).

**Tabla 5***Factores de la escala de disforia. Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>*

Factores	Componente	
	1	2
12. Pienso que tengo muchos problemas.	.693	
4. Siento mucho estrés.	.683	
7. Me siento solo (a).	.662	
3. Pienso que nada va bien en mi vida.	.657	
5. Creo que la gente me rechaza.	.655	
6. Tengo periodos prolongados de tristeza.	.541	
10. Pienso que la gente que me rodea es más feliz que yo.	.517	
1. En mi familia hay peleas.		.204
2. Me vienen pensamientos de no querer vivir.		.832
11. Me vienen ideas de que sería mejor morir.		.804
9. Tengo deseos de suicidarme.		.793
8. He deseado morir.		.705

*Nota.* Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Claramente se aprecia que los reactivos de suicidio son agrupados en el segundo factor que llamamos Disforia Suicida. El primer factor fue llamado Disforia Psicosocial

**Tabla 6***Confiabilidad de las sub escala Disforia Psicossocial*

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de elementos</b>
.788	7

**Tabla 7***Confiabilidad de las sub escala Disforia Suicida*

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de elementos</b>
.810	4

Tal y como se mencionó en la sección de procedimiento, la validez divergente se obtuvo a través de la correlación de la escala de disforia y con la escala de satisfacción vital de Diener ESV. Los resultados fueron adecuados y se describen en la tabla siete.

**Tabla 8***Validez divergente de la escala de Disforia total y escala de satisfacción vital ESV.**Correlaciones*

		<b>DISFORIA</b>	<b>ESV</b>
<b>DISFORIA</b>	Correlación de Pearson	1	-.568**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	312	301
<b>ESV</b>	Correlación de Pearson	-.568**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	301	312

*Nota.* \*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Con la validez de constructo y la validez divergente consideramos que la escala de disforia contiene los elementos indispensables para evaluar este constructo.

Después se realizaron análisis de correlación bivariada para determinar la dirección y empuje de las variables entre sí. Se incluyen preguntas de la escala de autolesionismo de la escala de García et al (2015). Los resultados se muestran en la tabla 8.

**Tabla 9**

*Correlaciones entre las preguntas de autolesionismo, ESV y disforia*

		<b>Pregunta 1. ¿Alguna vez has pensado en lastimarte a propósito?</b>	<b>Pregunta 2. ¿Alguna vez has pensado en suicidarte?</b>
<b>ESV</b>	Correlación de Pearson	-.410**	-.514**
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	305	306
<b>DIS_psicosocial</b>	Correlación de Pearson	.582**	.555**
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	311	312
<b>DISF_SUICIDIO</b>	Correlación de Pearson	.644**	.746**
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	312	313
<b>Pregunta 1. ¿Alguna vez has pensado en lastimarte a propósito?</b>	Correlación de Pearson		.644**
	Sig. (bilateral)		.000
	N		318

Como puede observarse la tabla 9, todas las correlaciones son estadísticamente significativas. Tanto para la ideación suicida como para del autolesionismo. Para analizar la

influencia de la disforia sobre el autolesionismo se realizaron análisis de regresión múltiple mediante el método estándar. El resumen del modelo se aprecia en la tabla 9.

**Tabla 10**

*Resumen del modelo VD autolesionismo.*

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	.691 <sup>a</sup>	.478	<b>.475</b>	1.43760	.478	138.791	2	303	.000

*Nota.* a. Variables predictoras: (Constante), Pregunta 1. ¿Alguna vez has pensado en lastimarte a propósito?, DIS\_malestar

**Tabla 11**

*Coefficientes*

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
		(Constante)	1.077	.362		
1	DIS_psicosocial	.185	.030	.312	6.102	.000
1	Pregunta 1. ¿Alguna vez has pensado en lastimarte a propósito?	1.119	.124	.462	9.046	.000

*Nota.* a. Variable dependiente: DISF\_SUICIDIO

De manera similar que con la variable de Disforia suicida se obtuvo un alto porcentaje de varianza explicada, el 47%. Tanto la disforia psicosocial así como el autolesionismo son predictores válidos de suicidio.

### **Discusión y Conclusiones**

La necesidad de establecer las relaciones entre la disforia o el malestar psicológico con la ideación suicida fue uno de los ejes principales de todo este trabajo. Siguiendo las aportaciones de Schneider y considerando que la variable principal en la ideación e intento suicida es el dolor psicológico insoportable, se desarrolló la *escala de disforia* con valores de confiabilidad aceptables para ser ocupada como una escala muy breve de malestar inmediato. Este instrumento nos permite obtener un panorama general acerca de la situación psicológica, en términos de sufrimiento, que un joven padece en el momento actual. Además, el análisis de los reactivos de forma individual nos permite ubicar las fuentes de tal sufrimiento. Al incorporar una pregunta sobre ideación suicida y autolesionismo aumenta el valor clínico del instrumento, pues permite dar a conocer al especialista o incluso aplicada en forma grupal en el sector escolar, el probable nivel de riesgo y letalidad de la edición suicida en el momento.

Los análisis de validez de constructo de la escala de disforia fueron adecuados y nos permiten llegar a conclusiones válidas y confiables para determinar el nivel de letalidad que un joven presenta acerca del suicidio. Además, los análisis de validez divergente permiten ubicar a la escala de disforia en un constructo opuesto al de la satisfacción vital general. Lo anterior resulta determinante al momento de evaluar las limitaciones cognitivas que afectan la valoración, es decir la percepción de cómo se está viviendo el mundo en este momento. Recordemos que tal distorsión cognitiva, en momentos de gran dolor, orilla a una persona a enfocarse solamente en los aspectos negativos de tal situación y dejar de lado los aspectos positivos, recursos, oportunidades y todo aquello positivo que aún conserva en su vida.

Hay diversas limitaciones en este estudio. Por ejemplo, la cronicidad en altos puntajes de la escala de disforia, puede representar algún indicio de un trastorno mental que tendrá que

ser evaluado con mediciones más específicas y sobre todo, con un examen mental general. También puede estar asociada a rasgos de personalidad que se asemejan con signos y síntomas de personalidades tipo límite y de alteraciones del estado de ánimo como el trastorno bipolar. En ese sentido se sugiere cautela con el instrumento y además recordar que la validez externa está comprometida.

Aunque la escala de disforia no ha sido probada mediante estrategias de validez convergente con algunos trastornos de personalidad y del estado de ánimo, puede ser un indicador inicial de la aparición o transcurso de tales manifestaciones psicopatológicas. Aun así, la pretensión de todo este estudio no se ubica dentro de la descripción, Identificación y explicación de las variables psicopatológicas que están relacionadas con el suicidio, sino más bien de las situaciones vitales cotidianas que llevan a una persona a tener este tipo de pensamientos auto destructivos. Mucho es lo que se ha escrito acerca de los correlatos entre los diversos trastornos psicopatológicos y el suicidio.

El aporte principal de esta escala disforia, radica en la identificación de las situaciones cotidianas que en un momento dado se tornan problemáticas y altamente conflictivas junto con una dosis de alto dolor psicológico y baja regulación emocional.

## Referencias

Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *Manuel diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – 5*. Editorial Panamericana, México.

Balhara, Y., y Verma, R. (2012). Schizophrenia and Suicide. *East Asian Archives of Psychiatry*, 22(3), 126-133.

Beltrán, María del Carmen, Freyre, Miguel-Ángel, y Hernández-Guzmán, Laura. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13. [https://dx. DOI.org/10.4067/S0718-48082012000100001](https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001)



- Castro Morales, Jorge (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(4),226-235.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., y Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13, 153–160.
- Christiansen, K. (2005). *The Crisis Intervention Manual*. 3<sup>rd</sup> Edition, The Empathy Works Ed.
- Coutret, Ch. (2016). *Understanding suicide. From Diagnosis to Personalized Treatment*. Springer.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Echávarri, O., Morales, S., Bedregal, P., Barros, J., Maino, M., Fischman, R., ... Moya, C. (2015). ¿Por Qué No Me Suicidaría? Comparación Entre Pacientes Hospitalizados en un Servicio de Psiquiatría con Distinta Conducta Suicida. *PSYKHE*, 24(1),1-11
- Fox, V., Dalman, Ch., Dal, H., Hollander, A., Kirkbride, J y Pitman, A (2020 in press.). Suicide risk in people with post-traumatic stress disorder: a cohort study of 3.1 million people in Sweden, *Journal of Affective Disorders*. Vol. 280.
- Gallegos-Santos, Marilia, Casapia Guzman, Yesenia, y Rivera Calcina, Renzo (2018). Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa. *Interacciones. Revista de Avances en Psicología*, 4(2),143-151
- García-Mijares, José Fernando; Alejo-Galarza, Gabriel de Jesús; Mayorga-Colunga, Samuel Rodolfo; Guerrero-Herrera, Luis Fernando; Ramírez-GarcíaLuna, José Luis (2015). Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes *Salud Mental*, vol. 38, núm. 4, julio-agosto, 2015, pp. 287-292

- Giner, L., Guija, J., Root, Ch. y Baca, E. (2016). Nomenclature and Definition of Suicidal Behavior. En *Understanding Suicide: From Diagnosis to Personalized Treatment*. Springer International Publishing. Edición de Kindle.
- Gysin, A., Shwab, S., Soravia, L., Megeret, M. y Michel, K. (2016). A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *Plos Medicine*, 1, [https://DOI.org/10.1371/journal.pmed.1001968](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968)
- Hawton K, Saunders K. y O'Connor R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012 Jun 23;379
- Joiner, T. (2005). *Why People Die by Suicide*. Harvard University Press.
- LeGris, J., y van Reekum, R. (2006). The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behavior. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(3), 131-142
- Linehan, M. (2007). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós
- Maris, R.W. (2002). Suicide. *Lancet*, 360(9329), 319-26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12147388>
- Matschnig, T., Fruhwald, S., y Frottier, P. (2006). Suicide behind bars -an international review. *Psychiatry Praxis*, 33(1), 6-13.
- Niveau, G. et al. (2020). Suicide notes: their utility in understanding the motivations behind suicide and preventing future ones. *Archives of suicide research*, Volume 23, (4).
- Ramírez, L., y Naranjo, C. (2014). Comportamiento del suicidio. Colombia, 2014. En Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. Datos para la vida. *Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones a causa externa en Colombia*, 16(1), 319 – 351. <http://www.medicinalegal.gov.co/.../Forensis...2014.../9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab9...>

- Rihmer, Z. y Gonda, X. (2016). Temperament in suicidal behaviour. En *Understanding Suicide: From Diagnosis to Personalized Treatment*. Springer International Publishing. Edición de Kindle.
- Salman, D. (2011). *Futuro imperfecto: dimensión hermenéutico-simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún*. Disertación doctoral. Universidad Iberoamericana.
- Santamarina, S., Iglesias, C., y Alonso, M. (2004). *Comportamientos suicidas y consumo de sustancias psicótropas*. En J., Bobes, P., Sáiz, M., García-Portilla, M., Bascarán, y M. Bousoño, *Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica, 91-95.
- Shneidman, E. (2004). *Autopsy of a suicidal mind*. Oxford University Press.
- Soloff, P. H., Fabio, A., Kelly, T. M., Malone, K. M., y Mann, J.J. (2005). High-lethality status in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(4), 386-399.
- Turecki, G. (2005) Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(6), 398-408.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., y Joiner, T. E., Jr (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575–600.  
[https:// DOI.org/10.1037/a0018697](https://doi.org/10.1037/a0018697)
- Yoshida, K., Tonai, E., Nagai, H., Matsushima, K., Matsushita, M., Tsukada, J., Nishimura, R. (2006). Long-term follow-up study of borderline patients in Japan: a preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(5), 426-432.

## COMITÉ CIENTÍFICO

Mónica Lolbé Barrera Guzmán

Enrique Ibarra Aguirre

Ma. Martha Marín Laredo

Cristina Ruiz Camacho

Mauricio Zacarías Gutiérrez

Karla Karina Ruiz Mendoza

Karla Yudit Castillo Villapudua

Marco Antonio Vázquez

Zaida Irene Nieves Achón

Teresita de Jesús Cárdenas Aguilar

José Ángel Vera Noriega

Víctor Gutiérrez Olivarez

