



alternativas en psicología



Revista Alternativas en Psicología, órgano de difusión científica de la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A.C.

Comunicación y su relación con la educación en el contexto universitario

Georgina Amayuela Mora

El cruce entre psicoanálisis y género

Jacqueline Elizabeth Bochar Pizarro

Experiencias de placer y sufrimiento en el trabajo de enfermería: una mirada desde la Teoría Psicodinámica del Trabajo

Maiara Franceschi, Letícia Ribeiro Souto Pinheiro

Análisis de las estrategias de Educación Continua para médicos generales en el manejo del asma

Susana Morales Rojas, Georgina Eugenia Bazán Riverón, Maricela Osorio Guzmán, Laura Evelia Torres Velázquez

El impacto del acoso sexual a hombres: El significado otorgado y su afrontamiento

Daniela Aguilar Zacarías, Victoria Arriaga Samayoa, Juan Ortiz Roa y Maribel Reséndiz de la Rosa

Antecedentes de la Terapia Familiar: Convergencias entre Psiquiatría y Psicoanálisis Norteamericano

Daniel De Jesús Ventura

Indicadores de adherencia al tratamiento antiretroviral de una población mexicana VIH+

Carolina Santillán Torres Torija, Gerardo Vázquez Cruz, Sergio Noguez Noguez, Aura Cecilia Jaimes Hernández y María Isabel Martín Chapa

Desarrollo de la Psicología en la Educación Superior del Estado de México

Ignacio Morales Hernández, María del Carmen Farfán García, Enrique Navarrete Sánchez, Gonzalo Velasco Flores

El significativo en la salud como metáfora de destrucción natural

Nicolás Rivera Ávila

Propiedades psicométricas del Inventario de Maltrato Académico en la Relación Docente-Alumno (IMARDA)

Ma. Refugio Ríos Saldaña, Leticia Osornio Castillo, Acela Sánchez Reyes y Lilia Isabel Ramírez García

**Revista Semestral. Tercera Época. Año XX. Número 35.
Agosto 2016 - Enero 2017
Indizada en PsycInfo, PSERINFO, PEPSIC Y EBSCO**

Revista alternativas en psicología, órgano de difusión científica de la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A.C.

Indizada en PsycInfo, PSERINFO, PEPSIC Y EBSCO

Toda comunicación dirigirla a AMAPSI:
Instituto de Higiene núm. 56, Col. Popotla,
CP 11400, México, D.F.

Teléfono/Fax: 5341-8012

www.alternativas.me

info@alternativas.me

La responsabilidad sobre la información y opiniones vertidas en los artículos corresponde únicamente a los autores.

Diseño: creamos.mx. Foto de la portada: Universidad EAFIT

Edición y corrección: Tania Torres Gómez Tagle

Revista Alternativas en Psicología, año XX, número 35, Agosto 2016 - Enero 2017, es una publicación semestral editada por la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A.C., calle Instituto de Higiene No. 56. Col. Popotla, Delegación Miguel Hidalgo. C.P. 11400. Tel. 5341-8012, www.alternativas.me, info@alternativas.me. Editor responsable: Laura Evelia Torres Velázquez. Reserva de derechos al uso exclusivo No. 04-2012-102212263800-203 otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. ISSN: 2007-5251. Responsable de la actualización de este número: creamos.mx, Javier Armas. Sucre 168-2, Col. Moderna. Delegación Benito Juárez. C.P. 03510. Fecha de última modificación: 22 de agosto de 2016.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A.C.

Revista “Alternativas en Psicología”

Fundador: Marco Eduardo Murueta Reyes

Presidenta actual: Laura Evelia Torres Velázquez

Directora fundadora: E. Joselina Ibáñez Reyes

Vicepresidente actual: Jorge Guerrero Barrios

Consejo editorial

Marco Eduardo Murueta Reyes
UNAM, FES Iztacala. Fundador

Laura Evelia Torres Velázquez
UNAM, FES Iztacala. Fundador

E. Joselina Ibáñez Reyes
UNAM, FES Iztacala. Fundadora

Rocío Soria Trujano
UNAM; FES, Iztacala. Fundadora

José de Jesús Vargas Flores
UNAM, FES Iztacala. Fundador

Jorge Guerrero Barrios
UNAM, FES Iztacala. Fundador

María Rosario Espinosa Salcido
UNAM, FES Iztacala. Fundadora

Ma. Refugio Ríos Saldaña
UNAM, FES Iztacala

Esther M. Marisela Ramírez G.,
UNAM, FES Iztacala. Fundadora

Ma. Teresa Hurtado
de Mendoza Z,
UNAM, FES Iztacala

Enrique B. Cortés Vázquez
UNAM, FES Iztacala. Fundador

Comité editorial internacional

Fabián Spinelli
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Edgar Galindo
Portugal

Manuel Calviño
Universidad de la Habana, Cuba

Fernando González Rey
Cuba-Brasil

Fernando Ortiz
Universidad Estatal de Washington

Jorge Pérez Alarcón
UAM, Xochimilco

Alma Herrera Márquez
UNAM, FES Zaragoza

Germán Gómez
UNAM, FES Zaragoza

María del Refugio Cuevas
UNAM, FES Zaragoza

Brian McNeill
Universidad Estatal de Washington

Carmen Mier y Terán
UAM, Iztapalapa

José Joel Vázquez Ortega
UAM, Iztapalapa

Lucy Reidl
UNAM, Facultad de Psicología

Luis Joyce Moniz
Universidad de Lisboa, Portugal

Nuria Codina
Universidad de Barcelona, España

Carolina Moll Cerizola
Universidad Católica, Uruguay

Ana María Caballero
Paraguay

Humberto Giachello
Coordinadora de Psicólogos del Uruguay

Luis Morocho
Colegio de Psicólogos del Perú

Luis Benítes Morales
Universidad de San Martín de Porres, Perú

Mario Molina

Federación de Psicólogos de la República
Argentina

Ada Casal Sosa

Universidad Médica de la Habana, Cuba

Ana María del Rosario Asebey,

UA de Querétaro

Rosalba Pichardo

UA de Querétaro

Dulce María Arredondo

UA de Querétaro

Betty Sanders Brocado

UAM, Xochimilco

Carlos Guardado

Universidad Hispanomexicana

Antonio Tena Suck

Universidad Iberoamericana, Santa Fe

Ana Mercedes Bahia Bock

Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil

Eduardo Almeida

Universidad Iberoamericana, Puebla

Emily Ito Sugiyama

UNAM, Facultad de Psicología

Odair Furtado

Presidente Consejo Federal de Psicología de
Brasil

Javier Guevara Martínez

GRECO, México

Marcos Ribeiro Ferreira

CRP, Santa Catarina, Brasil

Héctor Magaña Vargas

UNAM, Fes Zaragoza

Bernardo Muñoz Riverol

DGEO, UNAM

Carmen María Salvador Ferrer

Universidad de Almería, España

Índice de contenido

Comunicación y su relación con la educación en el contexto universitario.....8

Georgina Amayuela Mora
Centro de Estudio de Ciencias de la Educación "Enrique José Varona",
Universidad de Camagüey "Ignacio Agramonte Loynaz"

El cruce entre psicoanálisis y género..... 20

Jacqueline Elizabeth Bochar Pizarro
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco

Experiencias de placer y sufrimiento en el trabajo de enfermería: una mirada desde la Teoría Psicodinámica del Trabajo..... 34

Maiara Franceschi, Letícia Ribeiro Souto Pinheiro
Universidad Regional Integrada del Auto Uruguay y de las Misiones URI-Erechim

Análisis de las estrategias de Educación Continua para médicos generales en el manejo del asma..... 53

Morales Rojas Susana, Georgina Eugenia Bazán Riverón,
Maricela Osorio Guzmán, Laura Evelia Torres Velázquez
Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala

El impacto del acoso sexual a hombres: El significado otorgado y su afrontamiento..... 64

Daniela Aguilar Zacarías, Victoria Arriaga Samayoa,
Juan Ortiz Roa y Maribel Reséndiz de la Rosa
Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Antecedentes de la Terapia Familiar:
Convergencias entre Psiquiatría y Psicoanálisis Norteamericano.....74**

Daniel De Jesús Ventura
Universidad Nacional Autónoma de México

Indicadores de adherencia al tratamiento antiretroviral de una población mexicana VIH+88

Carolina Santillán Torres Torija, Gerardo Vázquez Cruz,
Sergio Noguez Noguez, Aura Cecilia Jaimes Hernández y María Isabel Martín Chapa
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores de Iztacala

Desarrollo de la Psicología en la Educación Superior del Estado de México.....107

Ignacio Morales Hernández, María del Carmen Farfán García,
Enrique Navarrete Sánchez, Gonzalo Velasco Flores
Universidad Autónoma del Estado de México

El significativo en la salud como metáfora de destrucción natural.....122

Nicolás Rivera Ávila
Colegio de Psicoanálisis

**Propiedades psicométricas del Inventario de Maltrato Académico
en la Relación Docente-Alumno (IMARDA).....135**

Ma. Refugio Ríos Saldaña, Leticia Osornio Castillo,
Acela Sánchez Reyes y Lilia Isabel Ramírez García
Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Comunicación y su relación con la educación en el contexto universitario

Georgina Amayuela Mora ¹

*Centro de Estudio de Ciencias de la Educación "Enrique José Varona",
Universidad de Camagüey "Ignacio Agramonte Loynaz"
Camagüey, Cuba*

Resumen

La comunicación en el contexto educativo es un proceso que ha sido estudiado por diferentes ciencias y desde diversos ángulos, sin embargo, aún son insuficientes las propuestas y reflexiones sobre su importancia en la calidad del proceso educativo de todos los niveles de enseñanza. El objetivo del presente artículo es valorar la significación de la relación entre comunicación y educación en función del éxito del proceso formativo de los educandos en el contexto universitario. Se emplearon métodos del nivel teórico y empírico para realizar el análisis de las concepciones sobre el objeto de estudio. Se concluye con un sistema de recomendaciones que, a consideración de la autora, son imprescindibles para perfeccionar el proceso formativo desde el vínculo entre comunicación y educación.

Palabras clave: educación, comunicación, comunicación educativa

¹ Lic en Educación, Especialista en Psicología/Pedagogía, Profesora Titular. Doctora en Ciencias Pedagógicas, profesora e investigadora del Centro de Estudio de Ciencias de la Educación "Enrique José Varona", Universidad de Camagüey "Ignacio Agramonte Loynaz" Camagüey, Cuba

Abstract

The communication in the educational context is a process that has been studied by different sciences and from various points of view, however, the proposals and reflections on the importance of this process in the quality of educational process at all levels are still insufficient. The purpose of this paper is assessing the significance of the relation between communication and education according to the success of the learning process of the students in the university context. To perform the analysis of the conceptions on the processes subjects of study were used theoretical and empiric methods. The work provides a system of recommendations, which the author considers indispensable to improve the bond between communication and education.

Keywords: Education, Communication, Educational Communication

Introducción

Las tendencias de la UNESCO y los acelerados cambios tecnológicos han transformado los métodos y procedimientos de la educación en todos los niveles de enseñanza. Actualmente se precisa de desarrollar estrategias que sean sostenibles en el tiempo, como el desarrollo de habilidades, el aprender a aprender, la educación continua y el desarrollo y formación de competencias.

Para dar respuesta a estas exigencias en el contexto universitario, se precisa del dominio de las potencialidades de la comunicación como

proceso que posibilite el desarrollo del proceso docente-educativo y particularmente el desarrollo y la formación de la personalidad de los educandos.

El objetivo del presente artículo es valorar la significación de la relación entre comunicación y educación en función del éxito del proceso formativo de los educandos en el contexto universitario.

Desarrollo

Las concepciones educativas actuales conciben el proceso docente-educativo como un proceso

comunicativo dialógico, donde deben prevalecer las relaciones horizontales entre docentes y discentes, y donde el alumno asume un papel activo y protagónico ante su propio desarrollo. En este proceso de intercambio se implica la personalidad de los sujetos en su integridad, es decir, se manifiesta la unidad de lo cognitivo y lo afectivo, lo inductor y lo ejecutor Amayuela (2005).

La comunicación es posible en tanto existe un conocimiento común entre los miembros de una comunidad que se precien de ser actores sociales competentes, es decir, capaces de comprender las acciones de otros y las propias (...) la comunicación puede ser entendida como puesta en común, como un proceso que requiere un conocimiento mutuo, el cual es simultáneamente causa y consecuencia del sentido Bustos, J.C. (2011).

Según la perspectiva de este autor, la información sólo resulta significativa sobre la base de un sentido común. La comunicación además, supone una intencionalidad, implica mediación de códigos y está vinculada a la vida de manera general.

Estos dos aspectos esenciales distinguen la comunicación y deben ser considerados por los educadores para ejercer la labor formativa.

Es muy significativo el valor que posee la comunicación en la influencia educativa que debe ejercer el profesor sobre el estudiante y en la asimilación del aprendizaje al igual que en su proceso formativo en general. De manera que la comunicación y la educación son dos procesos que, si bien se distinguen por su esencia, ambos están muy relacionados y se complementan.

La relación entre comunicación y educación constituye un área de exploración teórica y práctica aún no suficientemente tratada. Fueron los comunicadores, investigadores de la educación popular, los primeros que llamaron la atención sobre la importancia de esta interrelación.

La educación implica un proceso orientado al desarrollo personal, donde el educando simultáneamente construye conocimientos y se desarrolla en planos diversos como persona (González ,1995). El proceso de educación requiere de la interrelación entre la asimilación del conocimiento y el desarrollo de la personalidad. En este mismo sentido, González afirma que el crecimiento de la persona en el proceso educativo se caracteriza por el desarrollo de la autoestima, de la seguridad personal y los intereses; así como de la capacidad para

comunicarse con otros, criterio que es compartido por esta autora.

Sobre la relación entre comunicación y educación son varios los autores que han investigado esta problemática: Alonso, A. C. (1988), Ojalvo, V. (1995), Fernández, A. M. (1996), Márquez, J. L. (1996), Ortiz, E. (1997), Kaplún, M. (2000), Soto, M. (2004).

Educación y comunicación son procesos inseparables, ya que cualquier hecho educativo requiere mediaciones comunicativas y no hay situación comunicativa que no tenga una influencia educativa, en algún sentido. Pero el análisis de los vínculos entre educación y comunicación tiene múltiples dimensiones, que se han ido esclareciendo con el desarrollo de las concepciones teóricas y metodológicas de ambos procesos.

Al decir de Ojalvo (1997), se requiere establecer la distinción de dos niveles básicos en que se da la relación entre ambos procesos: el primer nivel, que pudiéramos llamar "no propositivo", es inherente a toda relación humana, siendo cualquier acto educativo una relación de individuos que entran en interacción; está implícita, de hecho, una dimensión

comunicacional, donde se intercambian mensajes, aunque este objetivo no sea consciente para algunos de los implicados.

El segundo nivel, según esta autora, se caracteriza por la existencia de un propósito, una intención, un objetivo expreso de llevar a cabo determinados procesos comunicacionales, como transmitir, informar, compartir, debatir, etc.

Se coincide con esta autora al aseverar que en el proceso de socialización del ser humano se entremezclan estos dos niveles de relación entre comunicación y educación, entre interacción y formación de la personalidad.

Aportes de L. S. Vygotsky sobre la relación Comunicación/Educación

Es significativo señalar también los aportes que sobre esta relación hace el psicólogo L.S. Vygotsky principal representante del paradigma socio-histórico cultural.

Dentro de los principales aportes de Vygotsky a la comprensión del vínculo entre educación y comunicación se relacionan a continuación los siguientes:

- El comprender el aprendizaje como una

actividad social y no sólo como un proceso de realización individual. Es el proceso de la formación de la personalidad del educando, de la adquisición de conocimientos y apropiación de la cultura que tiene lugar a partir de las interacciones que se producen en la escuela y en la clase, de los tipos de actividad que en ellas se desarrollan, en el seno de determinado contexto social, histórico, institucional, que condicionan los valores e ideales de la educación.

- El papel del lenguaje en el desarrollo de la actividad cognoscitiva.

Vygotsky destacó el estrecho vínculo entre pensamiento y lenguaje, entre el desarrollo intelectual y la palabra. Dado que el lenguaje no se desarrolla fuera de la sociedad, sino que es un producto de la actividad humana. Una práctica social no puede pensarse en el desarrollo de la consciencia, y, en general, de la personalidad humana fuera de los nexos sociales, de las relaciones entre los seres humanos. La función principal de los signos es la comunicación, ellos permiten la mediación interpersonal y el establecimiento de vínculos sociales entre los

seres humanos, en este caso se habla del carácter objetivo del signo.

Vygotsky, citado por Ojalvo, asevera que: "El desarrollo de la comunicación y el de la generalización van de la mano (...) el modo generalizado del reflejo de la realidad en la consciencia —que es introducida por la palabra en la actividad del cerebro— es otro aspecto de aquel hecho de que la consciencia del hombre es una consciencia social, una consciencia que se forma en la comunicación" (Vygotsky, pág.196).

La comprensión del papel de la interacción social de la comunicación en el desarrollo de la consciencia humana tiene una importancia trascendental para la instrumentación del proceso docente como proceso social, dialógico, de interacción entre docente y discente, tal como lo comprende la Comunicación Educativa.

La educación, en sus concepciones actuales, supone la elaboración conjunta de significados y sentidos. En este sentido, Vygotsky enfatiza que lograr que los contenidos del proceso docente sean no solo "significados" para los alumnos, sino que adquieran "sentido personal" en su actividad cotidiana que los motive a actuar en correspondencia con ellos es uno de los altos

fines de la educación, que solo podrá alcanzarse cuando se rescate su esencia social, humana, interactiva, comunicativa.

La comunicación educativa es aquella que se visualiza en la actualidad donde se redimensiona la función orientadora del profesor universitario y del tutor en el proceso de enseñanza-aprendizaje a tono con las exigencias sociales y que es comprendida a partir de la dialéctica entre la directividad y la no directividad del proceso, en tanto ser tutor significa guiar el proceso de aprendizaje del estudiante hacia la construcción autónoma de conocimientos, habilidades y valores Rodríguez L. y et. al. (2011).

Concepciones contemporáneas sobre la relación comunicación-educación

Al analizar algunas de las concepciones pedagógicas del vínculo comunicación-educación se evidencia que las concepciones más modernas de la enseñanza muestran como el proceso docente se desarrolla a partir de la interacción entre profesor y alumnos y en el grupo de estudiantes. Además, se ha esclarecido que los procesos de enseñanza y aprendizaje no se reducen a situaciones diádicas docente-discente,

(aunque estas están presentes y son muy importantes), sino que es necesario tener en cuenta, además, la red de relaciones con los iguales, ya que son estos vínculos los que forman el contexto en que tiene lugar el aprendizaje, cuanto mayor sea la comunicación en un grupo, más se reforzará su vida interna, sus posibilidades de acción y de lograr los fines que se propongan.

Desde la mirada de esta autora, la red de relaciones con los iguales y su papel en el desarrollo personal y del grupo es un aspecto que merece un mayor tratamiento en las investigaciones psicopedagógicas.

J.C. Filloux ha investigado la naturaleza comunicativa del grupo escolar concluyendo que no hay duda de que una clase es por excelencia un lugar de comunicación. El campo pedagógico se define por la relación del maestro y del alumno con un saber que es comunicado de diversas formas. La clase, que especifica este campo en su dimensión de grupo, tiene pues, como función esencial, ser el sustrato de una correlación del saber bajo la forma de transmisión, de aportación de información, de investigación activa, es decir, de procesos de comunicaciones (Filloux, p.69).

Es evidente que este autor considera que el estimular la interacción entre los miembros del grupo escolar arrojará influencias positivas sobre el aprendizaje, de manera que cuanto mayor sea la comunicación en un grupo más se reforzará su vida interna y los propósitos que en él se tracen.

En este mismo sentido R. Santoyo también aborda el tema, coincidiendo con los criterios antes vistos: "La educación ha sido y sigue siendo, fundamentalmente un proceso de interacción. Desde el jardín de infantes hasta los niveles de postgrado se reconoce la importancia de las interacciones en el proceso de socialización del individuo, y de los conocimientos que conforman la cultura nacional y universal" (Santoyo,1985: 57).

Desde la perspectiva de Freinet la comunicación es esencialmente dinamizadora de los procesos educativos y señala además que los niños aprenden por medio de la comunicación.

Al decir de Gutiérrez, la educación y la comunicación son un mismo y único proceso de co-participación, de co-producción, de co-entendimiento y comunión, lo que equivale a decir que la calidad de la educación, desde este enfoque, no viene dada por el cambio de programas, por el control más exacto de los

procesos ni por los objetivos. Éstos se valorizan y significan por el tipo de interrelaciones que se logran establecer entre los componentes personales del proceso docente-educativo, es decir, por las interrelaciones entre profesor y estudiantes y de estudiantes entre sí.

Por su parte, Herrera A. (2010) considera que "hay diferencia entre comunicar y educar porque educar es educir, hacer que el otro saque lo mejor de sí, que lo desentrañe; y para esto se exige que quien se educa no se limita a procesar lo que le enseñan o comunican, sino que educarse consiste en hacer suyo algo, de manera que esté siendo mejor, cosa que va más allá de que modifique una conducta, que es lo que tradicionalmente los modelos de comunicación alcanzan a ver".

Los autores relacionados anteriormente coinciden en las consideraciones siguientes:

- La educación es un proceso de interacción.
- La comunicación dinamiza el proceso educativo.
- La calidad de la educación depende en primer lugar del carácter de las

interrelaciones que se establezcan entre el profesor y los estudiantes.

- La base de la educación es precisamente la comunicación.
- Existe una relación recíproca entre comunicar y educar, al mismo tiempo que se evidencia diferencia entre ambos procesos.

La consideración de la educación como proceso comunicativo conduce al análisis de la práctica educativa desde una perspectiva histórica expresada en los modelos educativos imperantes en las principales tendencias pedagógicas contemporáneas.

Modelos de educación y su correspondiente forma de comunicación

Al analizar algunos estudios al respecto en el contexto universitario se observa que diferentes autores (González Rey, F.; Ojalvo, V.; Fernández, Amayuela, G.) destacan la estrecha relación entre la educación y la comunicación y afirman que dicha relación presupone que a cada tipo de educación le corresponde una determinada concepción y práctica de la comunicación. Al

respecto J. Díaz Bordenave, citado por Kaplun (p.18), distingue 3 modelos fundamentales de educación con su correspondiente forma de comunicación. Estas formas de comunicación son las siguientes:

1. Educación que hace énfasis en los contenidos.
2. Educación que se centra en los efectos.
3. Educación que enfatiza en el proceso.

Los modelos de comunicación 1 y 2 evidencian, a consideración de la autora, limitaciones generales:

- Representan al mensaje en un solo sentido, es decir, predomina un flujo de información desde el emisor hasta el receptor en forma unidireccional.
- Al introducir la retroalimentación como elemento del proceso de comunicación, no se establecen sus niveles de manifestación y se les atribuye a los medios un excesivo protagonismo.
- Generalmente se absolutiza la importancia de alguno de sus elementos.

Las dos primeras variantes, además, consideran al alumno como el objeto de la acción del educador. Sin embargo, en la tercera variante, la educación se concibe y organiza a partir del alumno, con el propósito de lograr su desarrollo integral.

Teniendo en cuenta la intención de destacar el proceso docente-educativo como proceso de interacciones múltiples, se explicitará a continuación sólo la tercera posición. En educación existen diferentes variantes de este modelo de educación.

Por ejemplo la propuesta de Paulo Freire de "Educación Liberadora" es una clara manifestación de este modelo. Su objetivo principal es no sólo la transformación de educandos y educadores, sino de la sociedad misma donde ellos conviven. El modelo de comunicación que corresponde a este tipo de educación es un modelo democrático y centrado en la práctica dialógica.

Por su parte Liadis (p.5), a partir de los trabajos de Vygotsky y Leontiev sobre el papel de las relaciones interpersonales y de la actividad social en la determinación de la personalidad humana, elaboró y fundamentó una teoría del desarrollo de la personalidad de los estudiantes a través de su propia actividad en el proceso docente-

educativo y de las interacciones que establece con sus profesores y compañeros. Además, parte de concebir la enseñanza como interacción entre profesor y alumnos, aspecto que se diferencia de lo planteado en la enseñanza tradicional.

En este modelo de actividad conjunta, la posición del profesor es más democrática y los estudiantes asumen una posición activa y creativa; poseen autocontrol, autoconciencia y son capaces de modificar sus motivos, además se propicia el diálogo problematizador, la actividad es conjunta y cada uno desarrolla sus potencialidades mediante la ayuda de otros. En este modelo, el alumno es sujeto activo de la educación y el profesor propicia las relaciones e interacciones con los alumnos de forma tal que pueda manifestar todo su mundo cognitivo y afectivo, además de desarrollar todas sus habilidades.

Según Calvino (2007) Una buena comunicación supone (exige) la adecuación del estilo comunicativo a las peculiaridades del alumno.

Relación entre comunicación y educación teniendo en cuenta el papel del alumno

A continuación se relacionan ambas categorías atendiendo al papel que le asignan al alumno.

Al analizar los modelos expuestos se observa que constituyen referentes importantes para el presente estudio, sin embargo, en la comunicación educativa, en particular la que tiene lugar en el marco del proceso docente-educativo, cuando se analiza la relación entre comunicación y educación se recomienda introducir una nueva relación, como variante de la educación que hace énfasis en el proceso.

Dicha relación potencia la necesidad de aprovechar la dinámica de las relaciones entre las funciones de la comunicación.

En este caso la atención de la educación se centra en las relaciones entre profesor y alumnos. Además, al papel activo del alumno es fundamental al ser responsable de su propio proceso formativo, sin restarle importancia ni responsabilidad al profesor.

El alumno es más consciente de su lugar en el proceso docente-educativo y de las expectativas que tiene la sociedad con respecto a su desarrollo como profesional y como persona. En este mismo sentido vale decir, que la responsabilidad ante su propio proceso de formación y comunicación, posibilita que cada día asuma mayores retos como sujeto activo en el proceso de autotransformación y transformación de la realidad en general.

Conclusiones

Las relaciones entre educación y comunicación se manifiestan cada vez más como resultado de una creciente tendencia democratizadora en todos los sistemas educativos y de una teorización y práctica educativa cada vez más científica. La educación y la comunicación son dos procesos que se integran en el proceso docente-educativo, los cuales permiten el desarrollo de la personalidad de los educandos, es decir, su proceso formativo.

Se precisa que los docentes interioricen que solo a partir de un proceso de comunicación asertivo y afectivo, será posible incidir en las dimensiones (instructiva, educativa y desarrolladora) del

proceso formativo en el contexto universitario, a tono con las actuales exigencias del mundo contemporáneo.

El análisis de los modelos fundamentales de educación, con su correspondiente forma de comunicación, evidencia que las relaciones entre las funciones (informativa, afectiva y reguladora) de la comunicación deben considerarse en el modelo que hace énfasis en el proceso. En este caso, la atención de la educación se centra en las relaciones entre profesor y alumnos donde se destaca al papel activo del alumno como responsable de su propio proceso formativo, sin restarle importancia ni responsabilidad al profesor.

Referencias

- Amayuela, G. (2003). Comunicación educativa en el contexto universitario. *Didac*. México). 41, 2-5.
- Amayuela, G. (2005). Docencia universitaria y comunicación educativa en *Revista Digital de Educación y Nuevas Tecnologías. Contexto Educativo*. Número 36. Año V. 2005
- Amayuela, G. (2013). *“Estrategia didáctica para la transposición de la cultura psicológica sobre la simetría funcional comunicativa al contexto universitario”*. **Libro** Editado por la Fundación Universitaria Andaluza Inca Garcilaso para eumed.net, <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2013/gam/index.htm>
- Bustos, (2011). El doble vínculo del mundo simbólico y el lenguaje. *Revista nodos y nudos*. Volumen3, N31, julio/dic 2011 Bogotá Colombia. P.56/65
- Calviño, M. (2007). Para un Didáctica comunicativa. Encuadre operativo. *Revista Educación*.N.120/enero/abril,2007/Segunda época. La Habana Cuba. p21/26
- Herrera, J. (2010). Relación entre comunicación y educación en *El Mexicano* / lunes 12 de abril de 2010 / TIJUANA, B.C., p. 18ª
- Kaplun, M. (s/a). El comunicador popular. Colección Intiyan. Ediciones CIESPAL, Quito, Ecuador p.18
- Liadis V. Ya. (1985). Formación de la actividad de estudio de los estudiantes. Moscú, p.5
- Ministerio de Educación y Ciencias. (1982) Universidad Nacional de Educación a Distancia. Pedagogía Social. Técnicas de trabajo Escolar, Madrid.

Ojalvo, V. (1997). CAPITULO III- La educación como proceso de interacción y comunicación En: *Comunicación Educativa* 1997.Universidad de La Habana

Rodríguez, L. y otros. (2011). La comunicación educativa entre estudiantes, docentes y tutores como elemento indispensable en la formación de profesionales. Su historicidad. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires - Año 16 - N° 156 - mayo de 2011. <http://www.efdeportes.com/>

Santoyo, R. (1985). En Torno al Concepto de Interacción en *Perfiles Educativos*, No.27-28, enero-junio, 1985

Sánchez, P. R. (2008). La formación de la competencia profesional pedagógica comunicativa en el transcurso de la formación inicial del personal docente en las condiciones de la universalización. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas.

Vygotsky, S.L. (1987). Historia del Desarrollo de las Funciones Psíquicas Superiores. Editorial Científico-Técnica. Ciudad de La Habana, 1987

El cruce entre psicoanálisis y género

Jacqueline Elizabeth Bochar Pizarro²

Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco

Resumen

Este artículo aborda algunos de los problemas de sesgo de género que se pueden presentar en la práctica del psicoanálisis. El sistema sexo/género al que está sujeto el analista y sus ideas de género pueden incidir en el tipo de interpretaciones que se le realizan a los pacientes.

Palabras clave: práctica del psicoanálisis, género, perspectiva de género, interpretación.

Abstract

This article discusses some of the problems of gender bias that may arise in the practice of psychoanalysis. The sex/gender system and gender ideas may influence the kind of interpretations that are made to patients.

Key words: Practice of psychoanalysis, Gender, Gender perspective, Interpretation.

Introducción

Dentro de las ciencias sociales existen algunas investigaciones sobre las prácticas en el ámbito de

la salud que han vuelto visibles las relaciones de género en estos espacios, demostrando cómo inciden los estereotipos de género del profesional

² Dra. En Ciencias Sociales y Mtra. En Psicología Social por la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Coordinadora de la Licenciatura en Comunicación y Gestión Interculturales de la Facultad de Humanidades de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). Correo jbochar@yahoo.com

en la práctica que realiza (Burman, 1990; Worrel, 2000). Muchos de estos estudios muestran cómo a menudo en sus intervenciones e investigaciones los profesionales refuerzan las desigualdades tradicionales, en lo social y en lo cultural, reproduciendo estereotipos de género. Así, las creencias y los estereotipos y prejuicios de género de las y los profesionales de cualquier ámbito atraviesan la práctica que se realiza tanto con hombres como con mujeres.

Por otra parte, en el campo de la psicología hay investigaciones que alertan sobre los sesgos androcéntricos y sexistas y la importancia de introducir los temas de género y los estudios feministas (Weisstein, 1968; Ferrer y Bosch, 2005; Cabruja, 2008). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha publicado recomendaciones donde considera de suma importancia incluir la perspectiva de género en los análisis para la igualdad del sector salud: “La equidad de género en materia de salud debe apoyarse en su propio fundamento, a saber: la ausencia de sesgo” (OPS, Sen et al., 2005).

El psicoanálisis no escapa a dicha posibilidad

Este artículo es una reflexión a partir de mi investigación doctoral realizada durante los años 2009 a 2012 para la Universidad Autónoma Metropolitana en México: *La categoría de género en la práctica contemporánea del psicoanálisis. Caso Uruguay.*

Dicha investigación visualiza la práctica de psicoanalistas en temas centrales como es el de la interpretación de la violencia de género, la homosexualidad y el abuso sexual. Se atendieron las propuestas de Janet Hyde (1995) y María del Mar García Calvente (2009) que, si bien se refieren a un método de análisis diseñado para detectar sesgos de género en la investigación, pueden ser aplicadas para detectar sesgos de género en las prácticas e intervenciones.

Partí de la revisión del modelo teórico psicoanalítico freudiano y su trasfondo, para luego analizar la forma en que los temas señalados se interpretaban en la práctica. En ella planteo que si el modelo teórico del que se parte tiene sesgos androcéntricos y sexistas, su aplicación puede reproducir esos sesgos. Para

esto consideré de importancia el análisis de los artículos freudianos que hacen referencia a la femineidad y las diferencias entre lo masculino y lo femenino, porque es allí donde quien lee puede observar el androcentrismo, que es uno de los sesgos de género. Cuando digo androcentrismo me refiero a la identificación de lo masculino con lo humano en general (García Calvente, 2009). Esta tarea ya había sido emprendida de distintas formas por diferentes mujeres psicoanalistas que habían intentado mostrar con mucha destreza que existió en el creador del psicoanálisis una mirada “masculina” hacia las mujeres (Chodorow, en Inglaterra; Mitchell, en Francia; Benjamin, en Estados Unidos; Dio Bleichmar, Giberti, Meller y Burín, en Argentina). Pero ninguna había investigado sobre cómo opera este sesgo en la práctica.

La experiencia de investigación de campo la realicé revisando los escritos publicados en los últimos diez años por la Federación Psicoanalítica de América Latina y entrevistando a dieciséis psicoanalistas de dos instituciones de formación de psicoanalistas de Montevideo, Uruguay: la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU) y la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP). La selección se realizó considerando igual cantidad de hombres que de

mujeres de distintas franjas etarias: de entre 40 y 50 años y de entre 50 y 60. En principio también había intención de entrevistar personas más jóvenes, pero no había egresados menores a 40 años en dichas instituciones. Este criterio fue tomado en función de que la pertenencia generacional podría estar influyendo en sus ideas de género, cosa que luego se comprobó no incidía.

La selección se hizo al azar a través del listado de los miembros de las instituciones.

Se eligieron estas dos instituciones porque la primera es representante oficial del psicoanálisis en Uruguay, filial de la Asociación Psicoanalítica Internacional (API) y la segunda no.

Además se realizaron entrevistas por fuera de la muestra con dos eminentes psicoanalistas que han escrito y dictado seminarios sobre temas afines a esta investigación y fueron elegidos como interlocutores. También se hicieron entrevistas con personas que estaban directamente involucradas con el diseño del programa de formación de psicoanalistas en dichas instituciones.

Se eligió el caso Uruguay porque es uno de los tres modelos que la Asociación Psicoanalítica

Internacional avala para la formación de los psicoanalistas en el mundo.

El objetivo de este artículo es fomentar la reflexión de la práctica de los psicoanalistas a partir de los hallazgos de la investigación citada.

Sobre la práctica

La práctica del psicoanálisis se puede conocer a través de los casos y escritos presentados en congresos, simposios y jornadas psicoanalíticas; en supervisiones colectivas, en presentaciones clínicas de caso, así como también a través de las anécdotas de la práctica que los psicoanalistas cuentan en las entrevistas.

Sin embargo, interesa señalar que en la revisión de la bibliografía, no se hallaron investigaciones donde se analizara la incidencia del orden de género en la práctica de los y las psicoanalistas. Aunque se ha escrito y se reflexiona mucho sobre temáticas teóricas en relación a la técnica, se considera el tema de la transferencia, la posición del analista, el deseo del analista y también, en menor escala, sobre la sexualidad femenina y el complejo de Edipo femenino. También existen investigaciones financiadas por la Asociación Psicoanalítica Internacional (API o IPA, por sus

siglas en inglés) que indagan sobre los efectos del psicoanálisis (Bernardi, 2002) y las variadas causas de diferentes trastornos psíquicos (Lartigue *et al.*, 2008). Y muchos escritos teóricos sobre temas de género y diferencia sexual. Pero no se encontraron investigaciones sobre las relaciones de género en el consultorio, qué pasa con el sexo y con el género del o la psicoanalista y su paciente; desde qué referentes piensa lo que interpreta de y hacia hombres y mujeres y cómo su postura y su inserción en el sistema de sexo/género podría incidir en las interpretaciones que realiza.

El género ha sido problematizado al interior del psicoanálisis por lo menos desde la década del 1950 a partir de las aportaciones de Robert Stoller. Posteriormente, algunas psicoanalistas retomaron las discusiones que habían iniciado sus predecesoras (Karen Horney, Hamburgo, 1885-Nueva York, 1952; Sabina Spielrein, Rusia, 1885-Unión Soviética, 1942; Melanie Klein, Viena, 1882-Londres, 1960) e introdujeron aportes de Simone de Beauvoir y de los estudios feministas para discutir no solo el complejo de Edipo femenino, sino también las tendencias androcéntricas y sexistas de la teoría psicoanalítica (Mitchell, 1979; Chodorow, 1984; Benjamin, 1988; Hajer, 1993; Dio Bleichmar *et al.*, 1996; Alizade, 2002).

Las alusiones que el tema de género despierta en relación con el feminismo, del cual es heredero, tal vez estén entre las razones del rechazo que, se observa, ocasiona en muchos casos; aunque — como se vio en esta investigación— no son las únicas. ¿Por qué a los y las psicoanalistas les da trabajo asumir que sus ideas del género actúan en las interpretaciones? ¿Por qué la dificultad para considerarlo como categoría de análisis? ¿Por qué la dificultad de incluirlo como una variable más de las que atraviesan la transferencia?

Mostrar lo que se hace en el diván no es fácil, ya que quien lo hace se expone a la crítica y en algunos casos también podría enfrentarse al juicio por parte de su comunidad académica. Entre los psicoanalistas, la práctica solo se destapa en las instancias de formación y en el ámbito de la supervisión de casos, el cual es habitualmente reducido y confidencial. Cuando se expone en simposios y congresos no se actúa de la misma forma.

Esta reserva enfatiza la necesidad de proteger la identidad e intimidad del o la paciente, pero también está presente la consigna —explícita o no— de preservar la institución del psicoanálisis y a los propios psicoanalistas. Los controles continúan aún después de que un psicoanalista es

habilitado como tal por su institución.³ Instancias tales como la supervisión buscan el autoconocimiento del inconsciente y del deseo del psicoanalista; con el objetivo de que no interfieran en el proceso con el paciente. Esta investigación ha mostrado cómo dichas instancias no garantizan que la postura del psicoanalista en relación al orden de género atraviesen la escucha y las interpretaciones que realiza, sin importar su sexo ni su formación y ni siquiera sus años de experiencia en la materia.

El principal objetivo de la investigación fue analizar cómo la práctica del psicoanálisis está atravesada por el sistema sexo/género del analista y visualizar si es que existen prácticas psicoanalíticas con perspectiva de género y qué diferencias plantean.

El concepto de interpretación siempre ha sido un tema de debate dentro del psicoanálisis, discutido sobre todo en la vertiente teórica y técnica: qué se considera una interpretación, cuándo y cómo interpretar. Si bien se ha analizado y reflexionado sobre la incidencia de la ideología de clase y la política (con el intento del freudomarxismo en

³ El término “control” es asimilable a supervisión. En la formación de los psicoanalistas la supervisión ocupa un lugar tan importante como el de su propio proceso de psicoanálisis. El análisis del psicoanalista lo pienso como una instancia más de auto-control.

1960), no se ha analizado la incidencia del sistema sexo/género.

Considero que las interpretaciones albergan significaciones culturales y sociales que muchas veces naturalizan cierto tipo de situaciones. Un ejemplo claro en tal sentido se puede apreciar en el campo de la significación de la violencia de pareja. ¿Qué se entiende por violencia? ¿Y qué por violencia en la pareja? ¿Se considera la existencia de la violencia de género? Durante las entrevistas observé que, demasiado a menudo, se tendía a naturalizar determinadas formas de violencia, como la emocional o la psicológica, o ciertos comportamientos de agresión verbal, ciertas actitudes de control, ciertas palabras que denotaban dominio.

El análisis de los testimonios recogidos en la investigación de campo demuestra cómo algunos de los y las entrevistadas interpretaban un caso de violencia psicológica como un tema de “mal carácter” o de “patología” del agresor y/o de la agredida. La psicopatologización de la situación invisibiliza la desigualdad de poder en la relación de pareja y da como resultado interpretaciones que se vacían del contenido político. Este tipo de lecturas tiene consecuencias en la subjetividad de las pacientes. Entre ellas se puede mencionar el

reforzamiento de la culpa y la posibilidad de generar expectativa de cambio sobre el agresor. Coloca al agresor en la posibilidad de excepción. De esta forma el problema se individualiza y permanece oculto el nivel estructural; la condición de dominio y de desigualdad que produce el sistema social patriarcal (Otero, 2009).

Este tipo de interpretaciones imposibilita a las mujeres el descolocarse de la responsabilidad por la salud del otro, en este caso, la pareja.

Los aportes del “conocimiento situado” de Haraway son un referente para esta investigación: ¿Desde dónde se mira? ¿Qué y cómo se mira? (Haraway, 1995). Y esto no solo implica la historia personal del que interviene, investiga o pone en práctica un saber-poder, sino también la conciencia de que su historia personal está inmersa en un contexto histórico social (Castoriadis, 1989) y de estructuras de parentesco (Rubin, 1986). Así como también la importancia de reconocer que todo conocimiento, por situado, es parcial, y que entonces es necesario establecer puentes y conexiones entre esas parcialidades.

Si bien el método psicoanalítico apeló siempre a lo individual de la historia del sujeto y a la singularidad del inconsciente, existen

interpretaciones universales en la teoría psicoanalítica; las interpretaciones que se dan en el caso específico de la femineidad y la masculinidad responden al universal masculino, lo cual es un sesgo de género. La teoría del complejo de Edipo femenino es, según las propias palabras de Freud (1905, 1921, 1924, 1925, 1931, 1933) el reverso del varonil. Hay una responsabilidad del psicoanálisis y de los psicoanalistas por lo que efectúan a través de la interpretación (Galende, 1997). Y aunque ésta sea definida como una “construcción en el análisis” (Freud, 1937), siempre responde a una interpretación de la teoría, que es desde la cual “se mira”. La institución del psicoanálisis está enmarcada en una teoría que responde a un repertorio de interpretaciones: complejo de Edipo, tabú del incesto, ley del padre, castración, envidia del pene, etcétera.

A la vez, teoría nacida en una época romántica, contexto enmarcado por ciertas ideas acerca de la familia, la madre, el padre, el hijo, el hombre, la mujer, cargadas de significaciones sociales. Estas significaciones conciernen a la subjetividad de los integrantes de una sociedad y la subjetividad del intérprete, que está siempre implicada en la interpretación (Galende, 1997). Cuando digo “implicada” (Lourau, 1989) quiero decir atravesada

por la significación social. Considero que este tema no se analiza ni se reflexiona en el psicoanálisis y es de la mayor importancia, porque es aquí en donde se producen los deslices de la técnica a la moral.

Detrás de algunas interpretaciones se cuelan asignaciones de lugares genéricos de los cuales no se hace conciencia, pero intervienen en el campo de la práctica y generan efectos en los pacientes.

La escucha y la interpretación son temas que deben pensarse en función de una ética. Si bien la ética del psicoanálisis se refiere a la función del analista; no se puede escindir la persona de su función. De lo contrario se cometería un grave error: separar el objeto del sujeto y esa es justamente una de las cosas que el psicoanálisis ha enseñado es una maniobra ficticia. Sujeto y objeto se afectan mutuamente; uno de los grandes aportes del psicoanálisis ha sido sobre este punto el concepto de transferencia. La constante reflexión del psicoanalista sobre su función muestra claramente la dificultad permanente en la que se encuentra atrapada su persona; su trabajo es con la transferencia, en transferencia; el análisis del psicoanalista intenta dar luz en este terreno y trabajar con ésta.

En la relación analítica el analista interviene como un sujeto de género; también interpreta desde ese lugar.

Qué idea de género

La idea de género que sustentó esta investigación es la de una categoría que estructura formas de relacionarse entre las personas; el género como un ordenador social. Que no está dado por la naturaleza del sexo ni la biología del cuerpo, sino que se internaliza desde una cultura que asigna lugares y formas de relacionarse para hombres y mujeres; es decir ordena socialmente.

La carne se hace cuerpo en un repertorio de relaciones sociales, en la medida que hay otro que reconoce su deseo en algún ser. Ese cuerpo se hace sexo en un campo de relaciones de poder donde el género está presente y ejerce una presión para establecer cierto ordenamiento social. Las prácticas están enmarcadas en todo este campo de relaciones de poder.

Haraway (1995) señala que podrían clasificarse dos corrientes de conceptualización del género dentro del feminismo: la que adopta la distinción sexo/género como paradigma de la identidad y la que utiliza el sistema sexo/género como referente

conceptual. En la primera corriente se separa el sexo del género con la intención de recuperar la importancia de lo histórico, antropológico y cultural en la construcción de las identidades, en lugar de acogerse a las explicaciones basadas en la individualización y la psicologización del problema. Más tarde se advirtió que ese paradigma podía abonar al terreno del modelo médico y algunas autoras empezaron a analizar el sistema sexo/género.

En este segundo momento, el empleo del término “género” como categoría de análisis pone el énfasis en un sistema de relaciones que puede incluir el sexo, pero no está determinado por éste ni tampoco es determinante de la sexualidad (Scott, 2008). Scott argumenta que el uso de la palabra género a nivel descriptivo no aporta nada más que lo que observa, sin decirnos nada del porqué de esta construcción en las relaciones. Por eso es importante investigar los orígenes del sistema sexo/género para entender cómo se determinan las desigualdades en las relaciones entre hombres y mujeres.

La noción “sistema sexo/género” es utilizada por primera vez por Gayle Rubin (1975). Para ella, “un sistema sexo/género es un conjunto de acuerdos por el cual la sociedad transforma la sexualidad

biológica en productos de la actividad humana y en las cuales estas necesidades sexuales transformadas, son satisfechas” (Rubin, 1986). Desde este punto de vista, el sexo deja de ser un dato natural, esencial, y aparece el género como un hecho construido en relaciones sociales de dominación.

Para analizar los orígenes del sistema sexo/género, Rubin (1986) recurre a los estudios antropológicos de Lévi Strauss y de Marcel Mauss. Así pone el acento en el intercambio de las mujeres ofrecidas como regalo para abrir un canal de intercambio entre los hombres, lo cual consolida vínculos internos y de identidad de cada clan que se diferencia a través de este acto. Una mujer, cuando se convierte en *la novia*, pierde identidad propia para pasar a ser un objeto que refleja la identidad masculina. La exogamia asegura los vínculos entre los clanes y la patrilinealidad se asegura mediante la expulsión y la importación de mujeres. En el matrimonio, no se considera que la mujer tenga identidad propia, sino como un término de relación que vincula clanes con una identidad patrilineal común, pero internamente diferenciada (Butler, 1990).

De esta forma, las estructuras elementales de parentesco instauran un sistema de dominación

masculina: una estructura de dominio de la capacidad reproductiva de las mujeres para asegurar la paternidad. Esto exige varios ejercicios de opresión que garantizan que una mujer sea propiedad de un solo macho. Si se introducen estos elementos, es más fácil entender la violencia de género como una de esas formas de ejercicio del dominio. Es necesario pensar, además, que estas condiciones son estructurales y no individuales: son las condiciones del sistema en el que estamos inmersos y nos atraviesan a todas las personas. Incluso a la persona del analista y sus interpretaciones.

Qué usos encontramos del concepto género en la investigación

Existen según Mary Haukesworth (1999) muchos usos del término género; para referirse a las diferencias humanas, a las diferencias sexuales, a los diferentes roles asignados; para explicar la identidad, diferencias de status social, de estereotipos sociales, de relaciones de poder y/o como efecto del lenguaje.

En líneas generales, se podría categorizar estos usos en tres vertientes: como atributo, como relación interpersonal y como un modo de organización. (Lamas, 2006).

En esta investigación se encontró que algunos psicoanalistas (tanto hombres como mujeres) utilizan sobre todo la categoría de género como atributo y como referente a las relaciones interpersonales. Lo refirieron tanto para marcar diferencias en relación a masculino y femenino; en el sentido de la identidad del sujeto como atributo que establece roles diferenciados y como constructo socio-cultural.

Sólo las psicoanalistas que declararon haber recibido formación en estudios de género y estudios feministas utilizaron la categoría para referirse a un ordenador social. Esto les dio la posibilidad de entender la violencia de género como un ejercicio de dominio y subordinación de hombres hacia mujeres, y ya no como un problema psicopatológico de los varones o de las mujeres.

Entender el género como ordenador de las relaciones sociales permite comprender desde otro lugar a las mujeres víctimas de violencia. Ya no como masoquistas, o mujeres con superyó débil, como lo ha interpretado el psicoanálisis durante un siglo, sino como producto de un orden que las coloca en el lugar de mujer sumisa, madre y cuidadora y responsable de la salud mental de sus hijos e hijas.

Otro elemento importante a considerar para el análisis del lugar desde donde escucha el psicoanalista es el ordenamiento sexual.

La teoría psicoanalítica se edifica sobre la hegemonía de la heteronormatividad. Freud, en sintonía con el pensamiento de su época, consideró la homosexualidad como una *inversión*, y durante mucho tiempo el psicoanálisis la consideró una perversión. Desde hace unos cuarenta años, esta postura está en revisión y debate y ha provocado grandes discusiones al interior del psicoanálisis que, entre otros resultados, han desembocado en la Declaración contra cualquier forma de discriminación, en la IPA (1999). Los aportes de los estudios de la diversidad sexual hacen necesario investigar cómo se interpreta la homosexualidad hoy en el psicoanálisis. En tal sentido, la investigación reporta que los estudios de la diversidad sexual se introducen en el psicoanálisis para re pensar el concepto de homosexualidad y transexualidad.

La mayoría de las personas entrevistadas coincidió en que la homosexualidad no es una patología y que tampoco debe ser un problema que un psicoanalista sea homosexual.

La mitad de los entrevistados reconoció que los prejuicios sobre el sexo, y las ideas que el analista tuviera al respecto, influían en el análisis incluso a pesar de que el analista estuviera o hubiese estado en análisis.

Se encontró que este tema ocupa el debate actual en el psicoanálisis y produce múltiples escritos (FEPAL, 2002-12).

Conclusión

En general, se puede decir que se observa dentro del psicoanálisis un movimiento de cambio en relación a los temas de la diversidad sexual y las nuevas identidades sexuales. Se ha vuelto a pensar sobre todo en la estructura de la perversión y la sexualidad. En este tema se abreva de los estudios científicos que las ciencias sociales aportan desde las corrientes posmodernas.

Sin embargo, no se observa la misma apertura para los estudios de género. En este punto, queda librado a cada psicoanalista la postura que toma al respecto. No se han legitimado los estudios de género dentro de la formación de los psicoanalistas. Lo cual significa que cada psicoanalista interpreta este tema de acuerdo a

sus adhesiones teóricas y a sus creencias personales.

Si bien existen esfuerzos de mujeres psicoanalistas para introducir la perspectiva de género en su práctica, sólo un 15 % de esta muestra de entrevistadas la ha instituido. Así como otro 15% de los varones entrevistados intenta re significar la teoría a partir de los cambios que observa en las relaciones hombre-mujer desde su práctica. Se alude en este sentido a los cambios que se observan en la subjetividad masculina- femenina, producto del ejercicio alternado de roles en la tarea del cuidado de hijos e hijas y el reparto de las tareas domésticas, así como de la participación de las mujeres en el ámbito público.

En las entrevistas se hizo mención varias veces a que aquella pregunta que Freud se hacía “¿Qué quiere una mujer?” sigue siendo una pregunta reiterada en el análisis de los varones que hoy se sienten confundidos por la ruptura de los vínculos de pareja.

El lugar en que nos coloca el sistema patriarcal provoca malestares y síntomas; dificultad en las relaciones y dolor tanto en hombres como en mujeres.

Quienes trabajan en la clínica con perspectiva de género tienen una gran herramienta para deconstruir el dolor que esa estructura de parentesco produce en todos los géneros.

Hacer consiente el lugar que se ocupa en esa estructura permite descolocarse de los lugares genéricos asignados, permite darse cuenta de la verdadera identidad y por lo tanto mayor libertad a las pacientes; es por eso que considero que analizar las prácticas es un imperativo.

Referencias

- Bernardi, R (2002) "¿Qué psicoterapia para quién? Algunos avances en un largo camino". Montevideo. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*. Tomo VI, Nº2, junio. p 89-103
- Burman, E. (1990) *Feminists and Psychological Practice*. London.Sage,
- Butler, J. (1990) *Gender trouble. Feminism and the subversión of identity* New York and London. Routledge,
- Cabruja, T. (2008) "¿Quién teme a la psicología feminista? Reflexiones sobre las construcciones discursivas de profesores, estudiantes y profesionales de psicología para que cuando el género entre en el aula, el feminismo no salga por la ventana". Brasil. *Revista Pro-Posições*, v. 19, n. 2 (56) - mayo/ago.
- Castoriadis, C. (1989) *La institución imaginaria de la sociedad*. Capítulo III y VII. Barcelona. Tusquets.
- Federación Psicoanalítica de América Latina <http://fepal.org/>
- Ferrer y Bosch (2005) "Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica". Universidad de Murcia, *Anales de Psicología* 21, Nº1
- Freud, S. (1976) "Tres ensayos de la teoría sexual" 1905. O.C. T. VI. Buenos Aires Amorrortu.
- _____ (1976) "El caso Dora" 1905.O.C. T VII. Buenos Aires. Amorrortu,
- _____ (1976) "Psicología de las masas y análisis del yo". 1921 O.C. T. XIX. Buenos Aires. Amorrortu.
- _____ (1976) "El sepultamiento del complejo de Edipo".1924 O.C. T. XXI. Buenos Aires. Amorrortu.

- _____ (1976) "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos". 1925. O. C. TXIX Buenos Aires. Amorrortu
- _____ (1976) "La sexualidad femenina". 1931. O.C.T. XXII. Buenos Aires. Amorrortu.
- _____ (1976) "La feminidad". 1933. O.C. T. XXI. Buenos Aires. Amorrortu.
- _____ (1976) "Construcciones en el análisis" 1937 O. C. XXIII. Buenos Aires. Amorrortu.
- Galende, E. (1997) "La crítica actual y la interpretación psicoanalítica". En *La interpretación*. Buenos Aires. Lugar.
- García Calvente, M et al. Guía para incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. www. easp.es
- Haraway, D. (1995). "Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial". En *Ciencia, Cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid. Cátedra.
- Haukesworth, M. (1999) "Confundir el género". Revista Debate Feminista, N° 20, octubre, p. 3-48
- Hyde, J. (1995) *Psicología de la mujer*. Madrid. Morata.
- International Psychoanalytical Association
<http://www.ipa.org.uk/>
- Lartigue et al (2008) "La depresión en la etapa perinatal". México. Revista de Perinatología, N° 22. 2. abril-junio, p. 111-131
- Lourau, R. (1989) *El diario de investigación*. México .Universidad de Guadalajara.
- OPS, Sen et al. (comp.) (2005) Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas y Harvard Population Council Occasional Press. N°14.
- Otero, I. (2009) Mujeres y violencia. El género como herramienta para la intervención. Revista Política y cultura #32. P105-126. México. Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.
- Rubin, G. (1986) "Tráfico de mujeres". En revista Nueva Antropología, noviembre, año/vol VIII. N° 030. México. UNAM, p 95-145
- Scott, J. (2008). "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En: *Género e historia*. México. F. C. E, p 48-76

Weisstein, N. (1968) "Psychology constructs the female". <http://www.cwluherstory.com/psychology-constructs-the-female.html>

Worrel, J. (2000) *Feminism in Psychology: Revolution or Evolution?* The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science 571: 183-196.

Experiencias de placer y sufrimiento en el trabajo de enfermería: una mirada desde la Teoría Psicodinámica del Trabajo

Maiara Franceschi, Letícia Ribeiro Souto Pinheiro⁴

*Universidad Regional Integrada del Auto Uruguay y de las Misiones URI-Erechim.
Erechim/RS-Brasil*

Resumen

El interés de este estudio fue indagar sobre las experiencias de placer y sufrimiento en profesionales del área de Enfermería, con la finalidad de identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas para reducir el sufrimiento relacionado con este tipo de trabajo. El estudio fue de corte cualitativo, exploratorio, descriptivo y transversal. Se utilizó una entrevista semiestructurada para la recolección de la información y de esta última se realizó un análisis de contenido mediante la comprensión de la psicodinámica del trabajo. A través del estudio pudo corroborarse que el trabajo hace posible el equilibrio psíquico en la medida en que los individuos experimentan el reconocimiento, la satisfacción y el buen resultado de su trabajo; mientras que el equilibrio puede verse amenazado en el momento en que se está comparando con el sufrimiento del paciente, ante la muerte y la impotencia. Ante la búsqueda de placer para evitar el sufrimiento fue posible darse cuenta en el relato de los participantes, que estos hacen uso de

⁴ Maiara Franceschi, Académica de 10º semestre de psicología de la Universidad Regional Integrada del Auto Uruguay y de las Misiones URI-Erechim. Erechim/RS-Brasil. Correo electrónico: mah_franceschi@hotmail.com

Letícia Ribeiro Souto Pinheiro, Maestría en Psicología por la Unisinos, Doctoranda en Psicología por la PUCRS y docente en la Universidad Regional Integrada del Auto Uruguay y de las Misiones URI-Erechim. Erechim/RS-Brasil. Correo electrónico: leticia.rsp@terra.com.br

estrategias tales como el tratar de no recordar los eventos que llevan al sufrimiento, no involucrarse con el paciente, practicar actividades físicas y tratar de estar contentos.

Palabras Clave: Placer, sufrimiento, estrategias de afrontamiento, psicodinámica del trabajo

Abstract

The interest of this study was to investigate experiences of pleasure and suffering in Nursing professionals, in order to identify coping strategies used to reduce suffering associated with this type of work. The study was qualitative, exploratory, descriptive and cross section. A semistructured interview for gathering information was used and from the latter a content analysis was performed through the understanding of the psychodynamics of work. Through the study it could be corroborated that work makes possible the psychic balance as long as the individuals experience recognition, satisfaction and the success of their work. However, the balance might be threatened when it is faced with the patient's suffering, death and impotence. Seeking to avoid suffering and return to pleasure, it was revealed in the account of the participants that they make use of strategies such as try not to think of content that lead to suffering, nor to engage with the patient, practice physical sports and try to be happy.

Keywords: Pleasure, Suffering, Coping Strategies, Psychodynamics of Work

Introducción

Las transformaciones mundiales ocurridas en el mundo del trabajo en las últimas décadas han afectado de forma directa la salud de los trabajadores. El surgimiento de nuevas tecnologías como la informática añadidas a las

innovaciones organizacionales, repercutirán de forma significativa en el mundo del trabajo, originando transformaciones en la organización, en las condiciones de trabajo y hasta en las relaciones interpersonales (Braga, et al., 2013).

Para Borges y Argolo (2013) es difícil definir el concepto de "salud mental"; sin embargo, cuando se le considera desde una perspectiva clínica o epidemiológica, la enfermedad mental puede ser comprendida por la presencia de síntomas que caracterizan una situación de funcionamiento psíquico disfuncional. Para Dejours (1999) el sufrimiento es una lucha entre el funcionamiento psíquico y los mecanismos de defensa contra las presiones organizacionales que se encuentran desestabilizadas, buscando de esta manera un equilibrio que mantenga un cierto conformismo aparente de comportamiento y que de alguna forma satisfaga a los criterios sociales considerados entre la normalidad (MERLO, 2003).

Frente a este panorama se iniciaron los estudios sobre el trabajo y su relación con los sujetos que lo realizan, la llamada Psicopatología del trabajo, y tras una evolución de este tema, el estudio de la relación del sujeto con el trabajo pasó a ser denominado como Psicodinámica del trabajo, que busca reconocer las formas de organización del trabajo y su relación con el placer y el sufrimiento que se puede manifestar en enfermedad. El Análisis Psicodinámico es un término del Psicoanálisis que se ocupa del estudio de los aspectos psicoafectivos que son generados por

conflictos intersubjetivos e intrasubjetivos (Dejours, Abdoucheli, Jayet, 1994).

La psicodinámica del trabajo permite conocer los recursos necesarios para el trabajador que le permitan conservar el equilibrio mental frente a las condiciones del trabajo que afectan al aparato psíquico, además de identificar y analizar el uso de estrategias de afrontamiento, ya sean colectivas o individuales, y que son utilizadas con la finalidad de transformar el sufrimiento en placer (Dejours, 1992).

Según Mendes y Tamayo (2001), las experiencias experimentadas como positivas, la valoración, el sentimiento de reconocimiento y la realización se caracterizan como placer, y la ausencia de estos factores causa el sufrimiento. De esta manera, Beck (2010) postula que la Psicodinámica del Trabajo se coloca entre la patología y la normalidad, entre la forma como los individuos reaccionan respecto al sufrimiento derivado de la organización del trabajo.

Según Dejours (1992) el trabajo es una fuente de placer y sufrimiento, y este se presenta de forma particular según las condiciones en que es realizado. Más allá de que el trabajo sea un elemento constructivo en la vida del ser humano,

es realizado de formas inefectivas, insatisfactorias para el individuo o hasta realizado en condiciones consideradas como precarias que pueden generar enfermedades. Algunas personas enferman y otras no; estos factores están íntimamente relacionados con la subjetividad de cada individuo.

Cada persona construye estrategias únicas para lidiar con el sufrimiento derivado del trabajo. Cada sujeto desarrolla mecanismos que buscan disminuir el sufrimiento. El trabajo es considerado peligroso cuando se realizan esfuerzos acentuados para lograr la adaptación. La imposibilidad del trabajador para ejercer su trabajo de forma libre, ocasiona una gran presión que puede llegar al límite del sufrimiento, y puede conducir hacia la enfermedad propiamente dicha (Dejours, 1992).

Las profesiones dedicadas a la salud son consideradas como de riesgo por el hecho de que exigen dedicación, atención y compromiso. El trabajo es orientado hacia el cuidado, entrega y responsabilidad para con el otro, y para el desarrollo de este trabajo se necesita una organización que favorezca esas actividades, de forma benéfica y que impida la instauración de conflictos (Beck, 2010).

Es importante investigar el trabajo dedicado a la salud, en particular el de la enfermería, quienes son profesionales que están directamente relacionados con el dolor, la muerte y el desamparo, y buscar analizar si estos factores como consecuencia generan placer/sufrimiento, aún frente a los mecanismos de afrontamiento utilizados. El contexto de trabajo de la enfermería ha sido señalado como una profesión importante en que los profesionales se preparan directamente con el sufrimiento, aunque también se pueden encontrar con experiencias de placer (Beck, 2010).

Traesel (2007) en su estudio resalta que estos profesionales tienen una demanda de aproximación e interacción con el paciente, y contrariamente, un distanciamiento relacionado con el tener que dar cuenta de todo y no hablar ni mostrar sus sentimientos, existiendo una entrega en cuerpo y alma de este trabajador. Esta misma autora señala que en este contexto de trabajo, los profesionales no encuentran espacios adecuados para la transformación del sufrimiento en experiencias de placer y realización.

Frente a este panorama presentado, el objetivo de este trabajo fue analizar las experiencias de placer y sufrimiento de trabajadores de la enfermería,

así como las estrategias de afrontamiento utilizadas para lidiar con las situaciones impuestas por la organización del trabajo. A través de los contenidos encontrados en las pláticas de los participantes se buscó hacer un análisis a la luz de la teoría Psicodinámica del trabajo.

Metodología

La siguiente investigación se caracteriza como cualitativa, exploratoria, y descriptiva de corte transversal. La recolección de la información fue realizada a través de una entrevista a profundidad. Participaron en el estudio siete profesionales graduados en enfermería, que estaban desarrollando su trabajo en este campo de acción.

Para la selección de los participantes de esta investigación se utilizó la técnica de “Bola de nieve” (Snowball Technique). En este método, la autora de la investigación selecciona de alguna forma uno o más sujetos participantes del grupo meta del estudio y estos serán conminados para sugerir personas de su red social, personas conocidas para formar parte de la muestra (Dewes, 2013).

En relación con el análisis e interpretación de la información, se utilizó la técnica de análisis de contenido de Bardín (1977). Esta permite comprender de forma crítica y minuciosa el significado de los discursos y los contenidos que se presentan ya sea de forma explícita u oculta (implícita).

Resultados

Tabla 1. Características de los participantes (Fuente: la autora, 2015)

Participantes	Edad/años	Sexo	Unidad de trabajo	Tiempo de trabajo	Horas de trabajo al día	Turno de trabajo
P1	38	Femenino	Oncología	2 años	8	Diurno
P2	32	Femenino	Oncología	2 años	7	Diurno
P3	24	Femenino	Oncología	3 meses	8	Diurno
P4	36	Femenino	Oncología	2 años	7	Diurno
P5	30	Femenino	Oncología	6 meses	8	Diurno
P6	50	Femenino	Primeros auxilios	10 meses	12	Nocturno

P7	35	Femenino	Clínica médica	1 año	6	Diurno
----	----	----------	-------------------	-------	---	--------

Para realizar el análisis de contenido de las entrevistas realizadas con los participantes de este estudio, se elaboraron categorías *a priori*. A

través de estas categorías fue posible encontrar subcategorías que las derivaron como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Categorías y subcategorías (Fuente: la autora, 2015)

CATEGORÍA	SUB-CATEGORÍAS
Experiencias de placer	Mejora del paciente Apego al paciente Ayuda al paciente Reconocimiento Satisfacción con el trabajo Equipo de trabajo
Experiencias de sufrimiento	Involucramiento Cansancio físico y psicológico Muerte Impotencia Problemas entre el equipo Dificultades para liberarse del trabajo
Estrategias de afrontamiento	Promover un ambiente divertido Evitar recuerdos Alejamiento afectivo Hacer ejercicio físico

Categoría: Experiencia de placer

La primera categoría fue denominada experiencia de placer, misma que fue subdividida en seis subcategorías derivadas del trabajo. Dentro de las subcategorías, las dos primeras se refieren al paciente y las otras cuatro están relacionadas con su trabajo y lo que puede derivarse de este.

Según Beck (2010) si hubiera la existencia de una relación favorable del trabajador con la organización, el trabajo podría ser considerado como una fuente de placer y satisfacción. Para que se dé la existencia de placer es necesario que las exigencias correspondan a las necesidades de los trabajadores, o que estos pueden expresar sus opiniones modificando a su organización de

acuerdo con su deseo y participación en la decisión de su ritmo de trabajo (Beck, 2010).

El trabajo, cuando es placentero, moviliza la imaginación y la creatividad haciendo posible que los deseos y anhelos de los individuos ayuden para su realización. Según Dejours (1994) un trabajo que puede ser libremente elegido u organizado conforme el deseo del sujeto proporciona formas de desahogo más adaptadas a sus necesidades. En este sentido, el trabajo pasa a ser un medio de relajación, en donde la tarea concluida proporciona al trabajador un sentimiento mucho mejor del que tenía antes de haberla comenzado. Hay evidencia de que existe una carga psíquica negativa del trabajo, que es el caso del trabajo que revierte en provecho de la homeostasis (equilibrio).

Mejora del paciente

La primera subcategoría trata sobre la mejoría del paciente; esta considera la evolución del cuadro del paciente —esto es, al concluir el tratamiento con diagnóstico de curación, donde a través de su trabajo como profesionales pudieron contribuir para esta mejoría— como una de las experiencias de placer en el ámbito laboral. Más aún, hacen énfasis en que ver la curación del paciente es algo muy satisfactorio, al notar la alegría de ellos y

saber que contribuyeron para que ese paciente se sienta de esa manera.

Felicidad ante la mejoría de los pacientes, ver su alegría, ver cuando ellos saben su mejoría [...]. Tener pacientes con casos positivos, que llegan a tratamiento y evolucionan hacia la curación. (P1)

"[...] por otra parte es muy satisfactorio ver a alguien que se alivia, alguien que tú lograste ayudar. (P6)

Martins, et al. (2009), afirman que el placer experimentado a través de la recuperación del paciente es una forma de manifestación que puede ser vista como recompensa por el trabajo realizado, aunque esta no es de orden material, pero que atañe al placer de observar el objeto transformado, esto es, su proyecto fue imaginado teniendo finalmente el objetivo logrado.

Apego a los pacientes

Los participantes del estudio creen que el apego está relacionado al largo periodo en que los pacientes permanecen en tratamiento, llevando al surgimiento de lazos afectivos.

Y ellos lo consideran a uno como una segunda familia, buscan mucho el apoyo de uno,

porque nosotros como enfermeros somos las personas que permanecemos más tiempo junto a ellos. (P1)

Ver que tienen muchos pacientes que se apegan, también ellos adquieren una confianza en ti. [...] y uno termina generando una amistad. (P2)

Según Costa (2013) debido al hecho de que los profesionales de la enfermería pueden estar en constante contacto con los pacientes atendidos de forma directa, trae la confianza y la seguridad de que su trabajo propone el mantenimiento del ser humano. Para estos profesionales el cuidado trasciende la real comprensión de ejecutar las tareas.

Ayuda al paciente

En esta subcategoría relativa a la ayuda del paciente, los participantes piensan que el poder ayudar o proporcionar ayuda es un aspecto placentero. Destacan aún que el estar realizando su trabajo hace posible ayudar, y de esta forma, contribuir para la mejoría del paciente, aspectos que llevan a la gratificación profesional. Estas ideas pueden ser percibidas en el siguiente relato.

Saber que tú puedes ayudar al prójimo, que tú puedes ayudar a tu familia también por estar ahí adentro. (P5)

Según Machado (2006), algunos eligen la profesión de cuidar. Y no es un cuidar sencillo, sino cuidar de alguien que está debilitado, enfermo, sufriendo desesperadamente; el cuidado ofrecido a aquel que está enfermo, o hasta cuidar de aquellos que están desahuciados y que van a llegar a morir.

Reconocimiento

El reconocimiento señalado por los participantes se establece a través de elogios y agradecimientos por parte de los pacientes, llevando a los profesionales a la idea de deber cumplido y trabajo bien hecho.

La retribución de ellos es cuando vienen y agradecen, también es muy placentero, muestra de que uno está haciendo una cosa útil, ¿no? (P2)

Saber que eres competente en tu trabajo, que te sientes realizada, algunas veces solo por el hecho de que tú ves una sonrisa en aquel paciente que está ahí mal y que te quiere

agradecer, ¡hombre, eso gratifica mucho, eso es muy bueno! (P5)

El juicio de utilidad incide sobre la utilidad social y económica de los subsidios proporcionados por el individuo a su trabajo desempeñado. Este enjuiciamiento es realizado fundamentalmente por los supervisores jerárquicos, que se encuentran en una posición que pueden llamar de utilidad de cada colaborador. Además de ellos, la evaluación puede ser realizada por los subordinados; estos evalúan también el desempeño del jefe. Este enjuiciamiento incluso puede partir del beneficiario del trabajo, aquel que recibe el producto proporcionado a través de un desempeño de actividades. El enjuiciamiento de utilidad es visto como de gran importancia, pues confiere al individuo un estatus en la empresa y en la sociedad (Dejours, Neto, 2012).

La valoración del trabajo es demostrada a través de gestos de gratitud, retroalimentación positiva, y el reconocimiento a través del trabajo realizado, considerados como sentimientos de placer extremo. Sin embargo, en muchas ocasiones tanto el reconocimiento como el placer resultante se encuentran restringidos al paciente, que lo demuestra a través de gestos, palabras y actitudes. En otro sentido, se puede observar que

el sentimiento derivado del profesional como deber cumplido, aun teniendo un día desgastante de trabajo, también puede ser considerado como trabajo placentero (Filho, 1997).

Satisfacción con el trabajo

En esta temática están agrupados los contenidos que tratan sobre la satisfacción con respecto al trabajo desarrollado y cumplido de forma efectiva y benéfica. Para los sujetos del estudio, la satisfacción es vista como placentera cuando resulta del sentimiento del trabajo realizado, cuando se logra resolver lo que es necesario. De esta forma deriva en un sentimiento de deber cumplido, de satisfacción consigo mismo.

[...] lo sería cuando uno logra realizar su trabajo, uno lo siente como si fuese su misión que tiene que cumplir, que lo que tenga que hacer uno logra hacerlo, consigue realizar tu trabajo. (P5)

Manchado (2006) entiende el trabajo de la enfermería como forma de expresión del individuo, en cuanto que estos pueden encontrar placer y satisfacción en el desarrollo de su trabajo, esto es, se sienten satisfechos a través del hecho de atender a quien está enfermo, al tener la gran

oportunidad de aliviar el sufrimiento de otra persona.

Equipo de trabajo

Esta subcategoría hace referencia al equipo de trabajo. Los participantes del estudio consideraron como factores que contribuyen para un ejercicio efectivo de trabajo el formar parte de un buen equipo, con un satisfactorio nivel de trabajo y buena relación entre los integrantes del mismo.

Ahí es bien unido el equipo, uno ayuda a otro, entonces eso es muy bueno para trabajar, uno logra hacer un buen trabajo. (P2)

Dejours (2000) resalta que el trabajo en equipo es primordial, pues es por medio de intercambios de pensamientos, experiencias y ayuda entre los mismos que las responsabilidades adquieren mayor poder, fomentando la interacción y la resolución de problemas derivados del trabajo.

Categoría: Experiencias de sufrimiento

La categoría de experiencias de sufrimiento incluye seis subcategorías subyacentes. Desde el punto de vista de Dejours (1994) el sufrimiento es

realidad y no podemos eliminarlo; la única posibilidad que tenemos es la de transformarlo. Si el sufrimiento es reconocido con ingeniosidad, la persona puede utilizarlo para la conformación de su identidad. Si los esfuerzos y las contribuciones individuales no son reconocidas por los otros, el sufrimiento es vivido sin poder ser transformado. En este caso, la persona es condenada a la crisis de identidad y a la enfermedad.

El sufrimiento inicia en muchos casos cuando no es posible un arreglo entre las actividades y la organización del trabajo. La energía de orden pulsional que se liberaría en las actividades laborales se acumula en el aparato psíquico — llevando sentimientos de tensión y de placer—, por lo que puede surgir un desplazamiento o desbordamiento hacia el cuerpo, ocasionando cansancio. Se trata en estos casos de una carga psíquica con traducción psicósomática (Beck, 2010).

Involucramiento

La subcategoría establecida como involucramiento ocurre a través del contacto continuo que los participantes del estudio tienen con sus pacientes, pues muchos de ellos se encuentran en tratamiento por años. Los participantes relatan que este contacto, muchas

veces diario, conduce al vínculo emocional, lo que se convierte en un factor de sufrimiento cuando el paciente evoluciona hacia la etapa terminal, cuando termina el tratamiento, o cuando muere.

Tú terminas muchas veces involucrándote mucho con el paciente, porque tienes pacientes de hace dos o tres años que terminan en tratamiento con uno, y observas el avance de la situación, entonces muchas veces tienes sentimiento de la pérdida de aquél, ¿no? (P1)

Es un sector donde uno se involucra mucho con el paciente, porque tienes mucho tiempo lidiando con ellos, no se trata de un asunto donde hoy vienes a consulta médica y luego te vas y adiós, con ellos no, ellos se quedan por un buen tiempo. (P1)

El lazo establecido entre el profesional y el paciente puede relacionarse con el tiempo de contacto entre ellos, pues proporciona un intercambio de información y experiencias. Estos momentos hacen posible el intercambio de pensamientos frente a la vida y el trabajo, lo que puede proporcionar la resignificación del sufrimiento y el alcance del placer para los trabajadores (Tavares, et al. 2010). Mientras tanto,

Martins y Robazzi (2009) enfatizan que este vínculo construido puede producir experiencias de sufrimiento frente al dolor del paciente, principalmente de aquellos que se encuentran en vulnerabilidad extrema.

Cansancio físico y psicológico

El relato de los participantes demuestra que el cansancio es resultado del gran flujo de pacientes y del trabajo, que demanda un alto desempeño y dedicación de cada profesional.

La cuestión es que muchas veces el cansancio físico y psicológico es muy grande, es mucha gente, es muy grande. [...] mueve tu parte emocional bastante. (P1)

En muchas ocasiones me sentí muy agotada porque te absorbe mucho, y difícilmente alguien tiene tiempo para escucharte cuando estás exhausta, es agotador. Es una profesión que te demanda mucho. (P5).

González (2001) después de analizar las cargas derivadas del trabajo en el área de la enfermería, las corrobora describiéndolas como biológicas, químicas, mecánicas, físicas, fisiológicas y psicológicas. Las fisiológicas, físicas y químicas, de acuerdo a este mismo autor, tendrían relación

con el estrés, con el trabajo desarrollado a un ritmo acelerado, como la insatisfacción con el trabajo, la atención constante a las actividades desempeñadas, el trabajo repetitivo, las horas extras, las responsabilidades vistas en algunos casos como excesivas, la falta de comunicación y de autonomía, así como también de creatividad.

Muerte

La subcategoría clasificada como muerte está relacionada con el sufrimiento de pérdida que los profesionales experimentan cuando el paciente entra en etapa terminal; para los participantes de este estudio, también se relaciona con el sufrimiento que experimentan los pacientes durante el transcurso del proceso de la enfermedad. Enfatizan que, debido al vínculo establecido con ellos, este momento se hace aún más difícil y se agudiza al tener que presenciar la etapa de muerte del paciente.

Pienso que es aquél vínculo que tú creas con los pacientes y ellos terminan muriendo. Ahí yo quedo bien atontada, quedo unos días así, muy triste. (P2)

El dolor del paciente me ocasiona sufrimiento, el dolor del paciente, ver la evolución de su enfermedad. (p1)

La muerte del paciente, así como la convivencia con su dolor y sufrimiento, son factores que merecen ser destacados puesto que causan sufrimiento a su vez en el equipo de enfermería. Dentro de las experiencias de sufrimiento frente a estos factores se puede percibir el estrés al que son sometidos los profesionales, pues se enfrentan a situaciones contrarias al objetivo de su trabajo, que es salvar vidas. Es posible darse cuenta que los profesionales no tienen preparación para lidiar con la muerte del paciente ni con todo el proceso que involucra este momento, por ser un tema poco abordado en la formación de los profesionales y en las instituciones de salud (Martins; Rabazzi; Bobroff, 2010).

Impotencia

Esta subcategoría está relacionada a los sentimientos de impotencia que los funcionarios experimentan, pues según ellos se sienten impotentes al no poder hacer nada por el paciente fuera de las intervenciones básicas de la enfermería, como la administración de medicamentos. En muchas situaciones no pueden hacer nada para aliviar el dolor del paciente ni lograr la recuperación del mismo, aspecto que les conduce a sentimientos de frustración e

impotencia. De esta manera, los profesionales se sienten preocupados por la enfermedad del paciente, así como por su desarrollo y pronóstico.

En cuanto no logras ayudar a un paciente o no logras hacer el servicio como te gustaría, te produce frustración por no lograrlo. Te sientes impotente (P5).

Tienes que calmar, aliviar el dolor y no siempre lo consigues, no. [...] Lo que me deja triste es cuando no logro resolver alguna cosa, no, que no pueda traer alivio para él. (P4)

La falta de seguridad frente a la posibilidad de concretar la exacerbada cantidad de tareas que les son asignadas, así como frente a la imposibilidad de realizar el trabajo de la manera esperada, son situaciones percibidas como causantes de gran sufrimiento para los profesionales, pues el enfrentamiento con imposibilidades e inseguridades en el trabajo son factores generadores de sufrimiento (Filho, 1997).

Problemas entre el equipo

Los participantes del estudio citan como factor de sufrimiento algunos problemas con relación al equipo de trabajo:

Cambio constante de funcionarios, muchas veces tener uno que no cae bien, que no nos gusta, que se queda hablando, y ese tipo de cosas no me gustan. (P2)

[...] Entonces aprender a trabajar en equipo es difícil, porque cada persona tiene una personalidad, cada persona tiene una forma de pensar, una forma de reaccionar. En ocasiones en un equipo donde que no se caen bien sucede algún problema o discusión. [P7]

Prestes et al (2010) hace énfasis en que la falta de unión, de compromiso y de comprensión de algunos profesionales con relación a las necesidades y dificultades de los colegas son factores que propician el sufrimiento. De esta forma, las dificultades de los colegas son factores que propician el sufrimiento. De esta forma, los problemas encontrados en los equipos de trabajo deben ser pensados y analizados para que se logre una mejor integración y así tratar de transformar las formas que puedan beneficiar al equipo, el paciente y su familia (Martins; Rabazzi, 2009).

Dificultades para desligarse del trabajo

Otro factor mencionado por los sujetos del estudio es la dificultad para desligarse de los

contenidos derivados del trabajo. Éstos son llevados al ámbito familiar de los profesionales, aspectos considerados como una dificultad por ellos mismos, pues piensan que son un factor de sufrimiento.

En ocasiones me voy la casa con aquel sentimiento, no debería, pero a veces me voy y no logro desligarme, ni en mi trabajo ni en mi casa con mi familia (P5).

Soñaba, despertaba de madrugada, llamaba a mis colegas para ver si estaba todo bien, si se me había olvidado de pasarles alguna cosa importante (P5).

Categoría: Estrategias de afrontamiento

La categoría estrategias de afrontamiento está conformada por tres subcategorías. Las estrategias de afrontamiento son utilizadas por los enfermeros como una forma de amenizar o evitar el sufrimiento resultante del trabajo. Dentro de las subcategorías establecidas, puede apreciarse que estas estrategias son utilizadas por los participantes y dicen respecto a evitar el sufrimiento o negarlo.

Desde el punto de vista de Dejours (1999) para que los trabajadores logren cumplir con el trabajo

asignado, responder a las demandas de la institución y no enfermarse, hacen uso de estrategias, como: agresividad, pasividad, individualismo, negación, conformismo, entre otras. Hacer uso de estas estrategias es una forma de protegerse y lograr mantener el equilibrio psíquico al hacer frente de situaciones dolorosas.

Promover un ambiente divertido

Esta subcategoría habla respecto a una de las formas con las cuales los participantes de este estudio tratan de evitar o negar el sufrimiento. En este caso, mencionan que una de las estrategias es buscar mantener un ambiente de trabajo más alegre, procurando siempre de estar haciendo juegos, para de esta forma, mejorar el desarrollo de las actividades del trabajo y también la autoestima de los pacientes.

Allá uno es bien alegre, intenta llevar las cosas más por ese lado, tratar de alegrarlos a ellos, que ahí uno termina alegrándose, porque como tú vas a trabajar en un ambiente triste, con una persona en declive (P3)

Evitar recuerdos

Cuando ocurre un evento impactante en el trabajo, sea él negativo, para evitar sufrir, los

sujetos del estudio, tratan de no recordar lo ocurrido. Muchos intentan pensar en otra cosa, tratando así de evitar recordar el acontecimiento desagradable.

Yo intento no pensar mucho, en lo que ocurrió, en lo que está ocurriendo, intento, aunque no siempre lo logro. [...]. Uno hace todo, hace lo posible para no quedarse recordando, grabando aquello (P7).

A veces intento no pensar (p7).

Alejamiento afectivo

Algunos sujetos del estudio tratan de evitar involucrarse de forma sentimental o íntima con los pacientes, de esta forma, según ellos, evitan el sufrimiento principalmente si ocurre que el paciente se va a morir.

Uno intenta no llevar nuestro lado sentimental (P3).

Con las personas, con los pacientes, yo soy bien fría, así yo no tengo sentimientos con ellos ¿sabe? (P7).

Es arduo para el enfermero trabajar en situaciones muy difíciles, que muchas veces parecen insoportables, principalmente en el trato

directo con el paciente y el familiar. En estos casos el profesional hace uso de estrategias defensivas como la evitación y el alejamiento para minimizar el propio sufrimiento (Martins; Robazzi, 2009).

Practicar ejercicio físico

Otra forma encontrada por los enfermeros de este estudio para lidiar con el sufrimiento, es la práctica de ejercicios físicos. Qué de acuerdo con las narraciones de los mismos, además de evitar el sufrimiento, trae otros beneficios para su vida, con el bienestar físico.

Hago natación, aunque no tenga ganas yo voy, porque sé que aquello va a hacer bien al desahogar con la actividad física algunas cosas de ahí (p5)

Me sobrepaso bastante en la academia, corro hago bastante gimnasia casi todos los días ves. Comencé a hacer reiki, para concentrarme un poco, liberar esas tensiones, juego con mis gatos, me acerco a mis perros (P7).

Las actividades físicas ayudan a la calidad de vida de las personas, y dentro de las contribuciones a la salud mental se encuentra la reducción del estrés y de la ansiedad en un plazo muy corto. A

largo plazo, hay efectos positivos en la depresión, en el estado de humor y en la autoestima (Martins; Robaazzi, 2009).

Una de las formas de luchar contra la organización del trabajo, en el sentido intrapsíquicos, es construir estrategias de afrontamiento colectivas. Aun cuando el sufrimiento sea acumulado y coordinado por las reglas de afrontamiento comunes a ellos. Las estrategias de afrontamiento solo surgen cuando hay un sustento consensuado de las reglas de afrontar, de esta forma, el afrontamiento colectivo solo será mantenido sobre el deseo del grupo en su entorno. Y las personas que sufren presiones patológicas en su trabajo, van a reducir de forma activa su sufrimiento, aunque no haya cambios en la realidad de la organización laboral, pues la construcción de las estrategias de afrontamiento es de orden mental, de esta forma, es una experiencia subjetiva (Dejours; Abdoucheli; Jayet, 1994).

Consideraciones finales

El presente estudio trató de analizar las experiencias de placer y sufrimiento de profesionales de la enfermería, con la finalidad de identificar las estrategias de afrontamiento que

son utilizadas con el fin de evitar o reducir el sufrimiento, a través de la Teoría Psicodinámica del Trabajo. Se percibe que los sentimientos de los enfermeros oscilan entre las esferas del placer y el sufrimiento, lo que nos lleva a inferir que estas experiencias, sean las de placer o de sufrimiento, están presentes en todos los tipos de labor. Entre las experiencias de placer, se destacan las subcategorías que se relacionan con la mejora del paciente, ayuda al paciente y reconocimiento con relación al trabajo desempeñado. Es evidente que el placer de los profesionales está basado en el bienestar y en la mejoría del paciente, que es el objetivo real objetivo del trabajo de la enfermería. Las subcategorías de experiencias de placer, varían en cuestiones relacionadas al paciente y en el desarrollo, resultado y gratificación de su trabajo.

En lo que dicen al respecto de las experiencias de sufrimiento resaltan las subcategorías de involucramiento, impotencia y muerte del paciente. Fue posible darse cuenta que las experiencias de sufrimiento están centradas en el sufrimiento y la muerte del paciente, momentos éstos que son experimentados constantemente por los profesionales. Dentro de las subcategorías de sufrimiento, fue posible percibir que las mismas varían entre cuestiones relacionadas con

el cuidado del paciente, el resultado del trabajo desarrollado y entre problemas que involucran a las relaciones interpersonales entre los colegas.

El contacto con el dolor del paciente es visto como causa del desgaste emocional de los profesionales del cuidado, pues estos se sienten impotentes frente al sufrimiento. Al enfrentarse con la muerte del paciente, el profesional de la enfermería sufre mucho, pues se siente frágil emocionalmente y psicológicamente, momentos éstos considerados difíciles de lidiar (Gutiérrez y Ciampone, 2006).

La subcategoría trabajo en equipo está presente en ambas categorías, considerada tanto una vivencia de placer, como una vivencia de sufrimiento. A partir de este hallazgo es evidente en este aspecto, que los profesionales evidencian una cierta ambivalencia de sentimientos. Esto puede ser explicado al resaltar las experiencias tanto de placer, como las de sufrimiento, que pueden variar constantemente y se entrelazan entre ellas mismas.

Con relación a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes del estudio, es evidente que los mismos las utilizan como formas de evitar, minimizar o sublimar el sufrimiento derivado del trabajo, mientras que muchas de

ellas pueden ser consideradas como inefectivas para hacer frente al sufrimiento. Para que el trabajo sea mediador del placer, el trabajador debe hacer uso de estrategias de afrontamiento, éstas surgen a partir del conflicto entre la organización laboral y el funcionamiento psíquico, reconocido como fuente de sufrimiento. Estas estrategias son mecanismos con los que el individuo busca transformar o reducir la realidad que le hace sufrir en el medio ambiente del trabajo (Martins; Robazzi, 2009).

Frente a este panorama, se vuelve prioritario que estos profesionales den una mirada para analizar sus experiencias de trabajo, con vías a reducir el sufrimiento y potencializar las experiencias de placer. Se vuelve imprescindible que los mismos comprendan que favorecer estos sentimientos y conocer los factores causales de placer y sufrimiento repercutirán de forma positiva en la productividad y bienestar, tratando de hacer el trabajo más agradable y más humano para sí mismos.

Referencias

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora Edições, 70.

- Beck, F. L. (2010). *A Dinâmica Prazer/Sufrimento Psíquico dos Trabalhadores da Enfermagem de uma Unidade de Emergência de um Hospital Público*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Braga, S., et al. (2013). Sofrimento Psíquico em Trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 7, n. 2, pp. 345-354.
- Borges, L.O.; Argolo, J. C. T. (2003) Estratégias organizacionais na promoção da saúde mental do indivíduo podem ser eficazes? In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.). *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis-RJ: Vizes, 2003, pp. 271-295.
- Costa, S. C. T. V. B. (2013). *Vivências de Prazer-Sufrimento no Trabalho de Enfermagem: Uma Revisão da Produção Científica*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Brasília. Brasília.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho*. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré.
- (1994). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho*. São Paulo: Atlas.
- (1999). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- (2000). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Dejours, C; Abdoucheli, E; Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C; Neto, G. A. R. M. (2012). Psicodinâmica do Trabalho e Teoria da Sedução. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 17, n. 3.
- Dewes, J. O. (2013). *Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos*. [Tese de Conclusão de Curso]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Filho, W. O. L. (1997). Prazer e Sofrimento no Trabalho: Contribuições à Organização do Processo de Trabalho da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.50, n. 1, pp. 77-92.
- Gonzáles, R. M. B. (2001). *Sufrimento na Práxis da Enfermagem: Real ou deslocado em seu sentido?* [Tese Doutorado]. Faculdade de Enfermagem- Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

- Gutierrez, B.A.O., Ciampone, M.H.T. (2006). Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*, v. 19, n. 4, pp. 456-61.
- Machado, A. G. (2006). *Cuidadores: Seus Amores e suas Dores – O Prazer e o Sofrimento Psíquico do Auxiliares e Técnicos de Enfermagem de um Hospitala Cardiológico*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Martins, J.T., Robazzi, M.L.C.C. (2009). O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 17, n. 1.
- Martins, J.T., Robazzi, M.L.C.C; Bobroff, M. C. C. (2010). Prazer e Sofrimento no Trabalho da Equipe de Enfermagem: Reflexão à Luz da Psicodinâmica Dejouriana. *Revista de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 4.
- Martins, J.T., Robazzi,, M.L.C.C., Garahani, M.L. (2009). Sentimentos de prazer entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Ciênc Enferm XV*, v. 3, pp.45-53.
- Mendes, A. M, Tamayo, A. (2001). Valores Organizacionais e Prazer-Sofrimento no Trabalho. *Psico-USF*, v. 6, n. 1, pp. 39-46.
- Merlo, A. R. C. (2003). Psicodinâmica do Trabalho. In: Jacques, M. G.; Codo, W. (Orgs.). *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis-RJ: Vozes, pp. 130-142.
- Prestes, F.C., et al. (2010). Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 31, n. 4, pp. 45-738.
- Tavares, J.P. et al. (2010). Prazer e sofrimento de trabalhadoras de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados. *Rev Enferm*, v. 14, n. 2, pp. 9-253.
- Traesel, E. S. (2007). *A Psicodinâmica do Reconhecimento: Sofrimento e Realização no Contexto dos Trabalhadores da Enfermagem de um Hospital do Interior do Rio Grande do Sul*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

Análisis de las estrategias de Educación Continua para médicos generales en el manejo del asma

Susana Morales Rojas, Georgina Eugenia Bazán Riverón, Maricela Osorio Guzmán, Laura Evelia Torres Velázquez⁵.

*Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores de Iztacala*

Resumen

El objetivo del presente estudio fue analizar las estrategias educativas dirigidas a Médicos Generales para el aprendizaje del contenido de la Guía Internacional para el Manejo del Asma (GINA). Se realizó una entrevista semi-estructurada a 75 médicos del Distrito Federal, área conurbada y Morelos. Los resultados señalaron que 65.3% no tienen conocimiento sobre la GINA, el 100% considera necesaria la capacitación sobre el asma; respecto al método de enseñanza preferido, resultó la sesión médica; los principales problemas que enfrentan para capacitarse son el exceso de trabajo y su deficiente formación en medios informáticos, pues sólo el 54.7% ocupa PC Institucional y Android y un 58.7% lo utiliza únicamente con fines recreativos. Se concluyó que las estrategias educativas no han sido suficientemente eficientes para capacitar a los médicos; por tal razón se deben proponer nuevas estrategias adecuadas a su condición laboral, además de capacitarlos en Tecnologías de la Información.

⁵ Dra. Laura Evelia Torres Velázquez. Profesor Titular "C" de FES Iztacala. Correo electrónico: lauratv@unam.mx

Dra. Georgina Eugenia Bazán Riverón, Profesor Titular "A" de FES Iztacala. Correo electrónico: gebrmx@yahoo.com.mx

Dra. Maricela Osorio Guzmán. Profesor Titular "B" de FES Iztacala. Correo electrónico: mar1814@yahoo.com

Susana Morales Rojas. Psicóloga egresada de FES Iztacala (UNAM). Correo electrónico: susanpsico@outlook.es

Palabras clave: Estrategias educativas, Médicos Generales, Asma, GINA.

Abstract

The objective of this study, was analyze educative strategies guided to general doctors for learning the content of International Guide for Asthma Management (GINA). A middling interview was realized to 75 general doctors from Mexico City, Metropolitan Area and Morelos state. The results showed that 65.3% don't know about (GINA), 100% consider required capacitation about asthma; with respect to the favorite learning method, is the medical session, the main trouble faced for capacitation are: work excess and deficient knowledge of computer technologies, being that only 54.7% utilize work-place computers and Android, and 58.7% utilize it only for entertainment. It was concluded that educative strategies have not been enough efficient for doctors training, for that reason: new strategies must be proposed, suitable to their working conditions, besides capacitate them in computer technologies.

Keywords: Educative strategies, General doctors, Asthma, GINA.

Introducción

El asma es una enfermedad crónica inflamatoria de las vías aéreas. Actualmente existen 300 millones de personas con asma en el mundo, con una mortalidad de 250 mil cada año (GINA, 2014). El asma gener gran impacto económico entre las naciones debido al costo que representa brindar atención clínica a los pacientes. Tan sólo en México se calculan 10 millones de pacientes con este padecimiento de los cuales el 80% son

menores de 5 años (Huerta, Jiménez, Gómez, Travera & López, 2011).

A pesar de que la incidencia del asma varía por región y grupo etario, las proyecciones de la *Global Initiative For Asthma* pronostican un aumento de 100 millones de personas con esta enfermedad a nivel mundial en 2025; situación particularmente alarmante en México al ser considerado uno de los 11 países mayormente poblado del mundo, con más de 112 millones de

habitantes (INEGI, s. f). Dichas estimaciones revelan la necesidad de atención inmediata para el control del padecimiento, principalmente en las zonas con mayor explosión demográfica.

En 2014, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), estableció criterios sanitarios relacionados con la atención médico-paciente, recomendando la disponibilidad de 3.2 médicos por cada 1000 habitantes. Desafortunadamente, el análisis de las condiciones de cobertura médica nacional revela que nuestro país cuenta sólo con 2.2 médicos — con deficiencias formativas y gran inequidad en su distribución geográfica— por cada 1000 habitantes, cifra que da cuenta de la severa problemática del servicio sanitario en México (OMS, 2015).

Como respuesta a la emergencia mundial provocada por el asma, en 1992 surgió La *Guía Internacional para el manejo del Asma* (GINA); dirigida a profesionales de la salud, pacientes y sus familias con el fin de mejorar la prevención, manejo y control de la enfermedad a través de un esfuerzo mundial coordinado (*Guía de bolsillo para el manejo y prevención del asma*, 2014). Esta guía, además de proponer un protocolo específico de atención para el paciente asmático, sugiere el

trabajo multidisciplinario de diversos profesionales de la salud, entre los cuales se encuentra el médico general, quien se responsabiliza de la atención médica primaria, de fungir como vía de referencia y contra-referencia entre pacientes y médicos especialistas.

Considerando lo vital que resulta la labor del médico general para la oportuna intervención del asma, surgió la necesidad de evaluar al personal médico con la finalidad de analizar si siguen las directrices fundamentales descritas en la GINA. En el 2004, se evaluaron 1474 médicos de Puebla con un instrumento basado en la GINA, encontrando que tanto médicos generales como especialistas tienen conocimientos deficientes relacionados con el manejo de la enfermedad y la propia guía (Rodríguez, et al., 2004). Tres años más tarde, una investigación similar evaluó el conocimiento sobre la GINA en 179 médicos, encontrando que los médicos con menor conocimiento son los de primer nivel; sin embargo, de manera general todos tienen poco conocimiento sobre aspectos básicos del control y tratamiento (Becerril, León & Ángeles, 2007).

La literatura reporta también estudios detallados, en donde se evalúan aspectos del conocimiento más específicos relacionados con la severidad,

tratamiento medicamentoso y métodos especiales de diagnóstico del asma. En 2008, Zavala, Furuya & Vargas evaluaron a 40 médicos de urgencias acerca de la clasificación y tratamiento de la exacerbación asmática en niños, encontrando conocimientos pobres en la muestra. Así mismo, en 2014, nuestro equipo de investigación realizó estudios con el objetivo de evaluar el conocimiento de la guía GINA, así como de la espirometría y empleo del flujómetro, observándose que tanto médicos generales como especialistas no sólo no identifican dichos métodos como indispensables, sino que tienen un pobre conocimiento sobre el manejo de la enfermedad de manera general (Bazán, Torres, Osorio, Reyes & Garrido, 2014; Bazán, Rodríguez, Sandoval, Sánchez & Bautista, 2014).

La revisión de la literatura revela graves deficiencias en la formación de nuestros profesionales de la salud, sin embargo, resulta necesario el análisis de los factores posiblemente involucrados. Por lo cual, dirigiremos la atención hacia la Educación Continua, puesto que los conocimientos, técnicas y procedimientos del ejercicio profesional de los médicos sufren modificaciones debido a la aparición de nuevas enfermedades y a la evolución en la complejidad de trastornos ya existentes. Las estadísticas

señalan que el volumen del conocimiento médico útil se duplica cada 12 o 14 años, situación que convierte un 50% de su formación inicial en obsoleta con el devenir de los años (5 aproximadamente). Por esta razón es importante que el médico se mantenga en constante capacitación, pues la falta de actualización se ve reflejada en una incompetencia en la ejecución de su profesión (Karchmer, 2006).

La Educación Continua se define como aquella que transcurre después de obtener el grado y que no supone la obtención de algún grado académico nuevo. Según Fernández (2014), dicha educación debe apoyarse en cuatro premisas: 1) Debe formar parte de las actividades profesionales de cada médico; 2) Debe diseñarse para satisfacer las necesidades educativas de quienes la han de tomar; 3) Debe verse reflejada en la calidad de la atención a los pacientes — conocimientos vigentes, actualización en el manejo de técnicas, metodologías y procesos específicos— y 4) Debe realizarse en los propios centros donde son atendidos los pacientes, es decir, donde se encuentran los problemas que ameritan solución.

Las principales problemáticas en relación a la educación continua son las relacionadas con el

sistema, debido a la existencia de situaciones desfavorables —sociales, económicas, políticas, y/o biológicas—, inadecuados métodos para el aprendizaje y educación que se da de forma oportunista, discontinua o esporádica; y las que se relacionan directamente con los médicos, pues existe falta de motivación para aprender, resistencia al cambio, evitación de situaciones desagradables, limitaciones evidentes de tiempo para dedicar horas al aprendizaje, rechazo a la evaluación, brecha digital de utilización y de apropiación (Galli, Mastandueno, Enríquez & Flichtentrei, 2014 y Karchmer, 2006).

Respecto a la educación continua de médicos, en 2004, Márquez aplicó una encuesta a 300 médicos, encontrando que éstos prácticamente no reciben actualización alguna, debido a que los cursos no se ajustan a las demandas de su realidad laboral y a que la falta de recursos económicos les impedía movilizarse fuera de su sitio de trabajo y/o adquirir suscripciones a revistas o comprar libros. De igual manera, Galli, Mastandueno, Enríquez y Flichtentrei (2014), exploraron a través de una encuesta las estrategias y recursos a los que recurre el personal médico para mantenerse capacitado, concluyendo que la necesidad de actualización percibida por los médicos es algo permanente y

que los recursos más empleados son en la modalidad de cursos presenciales y la revisión de publicaciones científicas internacionales *on line*.

Una vez identificado el papel del médico general para el control del asma, su poco conocimiento sobre la GINA, y la escasa literatura sobre educación continua —en particular respecto al asma—, se hace evidente el desconocimiento de las causas de la deficiente formación de estos profesionales, por lo que el objetivo de esta investigación fue analizar las estrategias educativas utilizadas para el aprendizaje de los criterios fundamentales de la Guía Internacional Para el Manejo del Asma (GINA), dirigidas a Médicos Generales.

Metodología

Participantes: 75 médicos que tienen o tuvieron los siguientes cargos: 36% médico general, 37.3% médico familiar, 22.7% médico general y coordinador de Educación Continua, 4% médico general, coordinador de Educación Continua y director clínico. La distribución de género fue 86.7% masculino y 13.3% femenino. Respecto a la edad, el rango oscila entre los 34-67 años (media= 51.71, DT= 9.66). El rango de número de años de desempeño como directivos fue de 7 meses a 6

años (media=1.01, DT=1.81). Correspondiente al lugar de estudios de licenciatura, el 90% son egresados de la UNAM, la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y el Instituto Politécnico Nacional (IPN). El 10% restante cursó sus estudios en la Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG). Referente a la especialidad, el 73% tiene estudios en medicina familiar o en medicina general y el resto en otras especialidades. Respecto al tipo de institución donde tienen la jefatura de educación continua, el 70.7% abarca ambas —pública y privada— y el resto sólo alguna de ellas.

Ambiente: La investigación se llevó a cabo en el Distrito Federal, área conurbada y Morelos.

Diseño: El diseño de la investigación fue de corte transversal y descriptivo, con un muestreo intencional por informante clave.

Instrumento: Se utilizó una entrevista semi-estructurada basada en distintos ejes temáticos:

1.- La Educación Continua en relación al asma y el conocimiento sobre la GINA: a) conocimiento de la GINA, b) pilares de tratamiento de la GINA, c) funciones del médico general en relación al asma, d) pruebas a su alcance para diagnosticar el asma,

e) capacitación en asma y f) temas prioridad de capacitación.

2.- Factores relacionados a la Educación Continua de los Médicos: a) aciertos de las estrategias educativas en el área de la salud, b) métodos de enseñanza mejor aceptados por los médicos, c) problemas que enfrentan los médicos para asistir a la capacitación, d) eficiencia terminal de los cursos tomados, e) motivos que llevan a los médicos a no tomar los cursos, f) motivos que llevan a los médicos a no asistir a los congresos, g) soluciones que sugieren los médicos a los problemas de actualización y capacitación.

3.- Capacidad de manejo de equipo informático del médico: a) equipo informático que manejan los médicos, b) equipo informático que emplean, c) uso que le dan a los medios informáticos.

Procedimiento: Se obtuvo previa cita y se acudió a los consultorios de los médicos participantes, se recogió el consentimiento informado firmado y se desarrolló la entrevista (sin límite de tiempo).

Resultados

La descripción de los resultados se presenta a partir de la distribución de las frecuencias en los distintos ejes temáticos del instrumento.

La Educación Continua en relación al asma y el conocimiento sobre la GINA

El 65.3% de los médicos señalaron no tener conocimiento sobre la GINA, no obstante, al preguntar sobre los pilares de tratamiento de la Guía un 4% de los que manifestaron conocerla (34.7%) no respondió correctamente. Sólo el 16% acertó al mencionar las principales funciones del médico como diagnosticar, dar tratamiento de inicio, remitir al especialista y hacer seguimiento del tratamiento prescrito por el especialista para control de la enfermedad. Con relación a las pruebas diagnósticas disponibles en los centros de salud donde laboran, el 100% señaló las pruebas de gabinete. El 78.7% considera pertinente la capacitación continua, mientras que el 21.3% manifiesta que dicha capacitación no sólo es oportuna en cuanto al asma, sino que de forma general se necesita más educación respecto a los problemas de salud pública comunes en el país; como temas de prioridad en capacitación se mencionaron la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y la Atención al paciente Renal, con 72% y 28%, respectivamente.

Factores relacionados a la Educación Continua de los Médicos

En relación con los aciertos en las estrategias educativas implementadas en el área de la salud, el 32% de los médicos considera que el principal acierto fue el postular la Educación Continua como un derecho de los profesionales de la salud, el 33.3% dice que fue el hacerlo una obligación institucional y el 34.7% menciona ambas cuestiones. En cuanto a los métodos de enseñanza mejor aceptados por los médicos, el 49.3% se inclina por la sesión médica, el 45.4% por el curso presencial en el lugar de trabajo y, finalmente, sólo el 5.3% se manifestó a favor del curso sabatino. Acerca de los problemas que enfrentan los médicos para asistir a la capacitación, se encontró el exceso de trabajo (32%), seguido de la deficiente formación en medios (26.6%), la mala organización de directivos (22.7%), la distancia entre su lugar de trabajo y el centro de capacitación (10.7%), los problemas personales (6%), la falta de interés (2.7%), y, por último, el rechazo a la organización (1.3%). En relación a la eficiencia terminal de los cursos tomados, únicamente el 54.7% los concluye, el 18.7% los abandona de forma definitiva, el 6.7% los deja a la mitad, solo el 18.7% interrumpe y vuelve meses o años más tarde para concluir; 1.3% no contestó a la pregunta. Referente a los motivos que llevan a los médicos a no asistir a

cursos de actualización, 46.7% señala como principal razón la falta de personal para cubrir consultas, 28% que no los toma porque sus directivos se los proponen a cuenta de vacaciones, 16% por la inconformidad con la discriminación existente entre ponentes extranjeros y nacionales —ya que aun siendo más económicos los ponentes nacionales, los directivos optan por ponentes extranjeros—, y, finalmente, 9.3% por el hecho de ser madre y no tener apoyo de la familia. Algo semejante ocurre con la asistencia a congresos, el 30.7% señala que la principal razón para no asistir es porque sus directivos se los proponen a cuenta de vacaciones, 28% menciona nuevamente la inconformidad por la discriminación entre ponentes extranjeros y nacionales, 21.3% señala la falta de apoyo para el gasto, el 10.7% por ser madre y no tener apoyo de la familia y el 9.3% porque no hay quién cubra consulta. En lo que compete a las soluciones que sugieren los médicos a los problemas de actualización y capacitación, el 41.3% propone emplear las horas de sesión médica semanal, 36% plantea que se realicen programas de capacitación en los centros de trabajo y 22.7% exhortan a organizar en bloques a los médicos para la capacitación.

Equipo Informático que maneja el médico

El 100% de los médicos afirma tener un adecuado manejo del equipo informático, sin embargo, al indagar sobre los dispositivos que emplean con mayor frecuencia, solo el 5.3% ocupa tablet, 9.3% iPhone/Android, 30.7% PC Institucional y 54.7% PC Institucional y Android. El 58.7% lo utiliza únicamente con fines recreativos y sólo el 41.3% lo usa para realizar búsquedas médicas además del esparcimiento.

Discusión

A más de veinte años de la creación y difusión de la GINA y considerando que la muestra está conformada por médicos egresados de las mejores Universidades del país, se esperarían mejores resultados. Pese a esto, se sigue coincidiendo con los resultados encontrados por Rodríguez, et al., (2004); Becerril, León & Ángeles, (2007) y Bazán, Rodríguez, Sandoval, Sánchez & Bautista (2014), donde el conocimiento de los médicos entrevistados sobre la enfermedad y la propia Guía continúa siendo deficiente. Dicha carencia puede ser explicada por el abandono de la educación formal de nuestros médicos y la caducidad del conocimiento médico que, como menciona Karchmer (2006), se convierte en obsoleto después de 5 años.

Respecto a la capacitación en asma, más del 78% de los médicos la consideran necesaria, además de sugerir temas adicionales de capacitación como EPOC y Atención al paciente Renal. En este sentido, es altamente probable que la necesidad de ser capacitados en el manejo de EPOC comprenda el deficiente diagnóstico y tratamiento en el control de los pacientes asmáticos que a largo plazo sin tratamiento oportuno se convierten en pacientes con EPOC.

A pesar del desarrollo acelerado de estrategias de actualización mediante tecnología informática, en los resultados de esta investigación al igual que en el estudio realizado por Galli, Mastandueno, Enríquez y Flichtentrei (2014), se puede observar que los médicos siguen prefiriendo la educación tradicional como sesiones médicas y cursos presenciales. En cuanto a la eficiencia terminal de los cursos, se ve mermada por el exceso de trabajo —resultado de la falta de cobertura sanitaria—, seguido de la falta de organización de los directivos de los centros donde laboran, que los lleva a tener que capacitarse durante periodos vacacionales y sin ningún apoyo económico. Sumado a esto, la inexistencia de equidad de género tanto en el ámbito personal-familiar como en el laboral limita aún más las oportunidades de actualización de las mujeres profesionales de la

salud, situación a la que se debe prestar atención en futuras investigaciones y al momento de generar estrategias considerando la perspectiva de género.

En cuanto a los medios informáticos que maneja el personal médico, saltó a la vista la brecha digital de utilización a la cual hacen referencia Galli, Mastandueno, Enríquez & Flichtentrei (2014), pues aunque todos los médicos parecen dominar el uso del equipo informático, más de la mitad de la muestra lo hace por obligación de la institución donde labora y de forma limitada —recetas y reportes— o únicamente con fines lúdicos.

Por último, se puede concluir que las estrategias educativas actuales no son del todo viables para los médicos; por lo que se deben proponer nuevas y mayormente funcionales para ellos, comenzando por identificar las habilidades y competencias que cada médico —general y especialista— debe poseer; además de capacitarlos a su vez en Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para un mejor desarrollo personal y profesional.

Agradecemos a la Dra. Georgina E. Bazán Riverón por dirigir ésta investigación y al Programa PAPIIT por el apoyo brindado.

Referencias

- Bazán, R. G. E., Rodríguez, M. J. I., Sandoval, N. J., Sánchez, S. C. y Bautista, G. Y. M. (2014). Conocimiento de los médicos sobre la guía (GINA) para el manejo del asma: datos preliminares. En: Orozco, G. M & Caballero, V. I.K. (2014). *Psicología Latinoamericana: experiencias, desafíos y sus compromisos sociales*. México. 351-364.
- Bazán, R. G. E., Torres, V. L. E., Osorio, G. M., Reyes, L. A. G. y Garrido, G. G. (2014). ¿Qué saben médicos generales sobre métodos diagnósticos en el control del asma? En: Orozco, G. M & Caballero, V. I.K. (2014). *Psicología Latinoamericana: experiencias, desafíos y sus compromisos sociales*. México. 341-349.
- Becerril, A. M., León, A. F. y Ángeles, G. U. (2007). Evaluación del conocimiento de la GINA en médicos de diferentes niveles de atención. *Revista Alergia México*; 54(2):29-33.
- Fernández, P. J. A. (2014). Educación médica continua y desarrollo de una profesión. La percepción de los actores. *Revista de Educación y Desarrollo*, 28.
- Galli, A., Mastandueno R., Enríquez, D., Flichtentrei, D. (2014). Estrategias de educación médica continua. *Intramed*.3 (2).
- Guía de bolsillo para el manejo y la prevención del asma (2014). Informe Global Initiative for Asma (GINA). Recuperado de: http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Pocket_Spanish2014.pdf
- Huerta, L. J., Jiménez, G. C., Gómez, G. D., Travera, R. M. y López, A. J. (2011). Evaluación de la calidad clínica y metodológica de las guías de práctica clínica para el manejo del asma en pacientes pediátricos. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas*, 20 (1), 5-28.
- INEGI, (s. f). Cuéntame información para niños y no tan niños. Fecha de consulta: 20 de mayo de 2015. URL: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>
- Karchmer, K. S., (2006). Educación médica continuada. Necesidades de proyección. *Acta Médica Grupo Ángeles*.4 (1): Ley General de Salud, Título cuarto capítulo III, 1984, C sec. 39-40 (Última Reforma DOF 19-03-2014).

Márquez, A. A. L. (2004). Educación médica continua: como mejorar el curriculum y la práctica médica con base en las nuevas tecnologías. *Revista Digital Universitaria*; 5 (10).

OECD, (2014). Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014, México en comparación. OECD. Fecha de consulta: 20 de mayo de 2015. URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>

OMS, (2015). Personal Sanitario. Organización Mundial de la Salud. Fecha de consulta. 20 de mayo de 2015

Rodríguez, M. J. I., Bazán, R. G.E., Paredes, R. M. Osorio, G. M., Caso, M. A. & Sandoval, N. J. (2004). Evaluación del conocimiento de GINA en médicos generales y especialistas del estado de Puebla (México). *Revista Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas.*, 13 (3); 94-98.

Zavala, A. J. A., Furuya, M. E y Vargas, M. H. (2008). Competencia clínica de médicos de urgencias en la atención de niños con exacerbación asmática. *Revista Alergia México*; 55(4):139-147.

El impacto del acoso sexual a hombres: El significado otorgado y su afrontamiento

Daniela Aguilar Zacarías⁶, Victoria Arriaga Samayoa⁷, Juan Ortiz Roa⁸ & Maribel Reséndiz de la Rosa⁹

*Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala*

Resumen

El acoso sexual ha tenido incidencia en hombres y mujeres en diferentes grados y contextos; la presente investigación tuvo como objetivo analizar desde una perspectiva de género el impacto del acoso sexual hacia hombres y sus estrategias de afrontamiento. El estudio se desarrolla bajo una metodología cualitativa y es de tipo etnográfico. Los participantes fueron 9 jóvenes, se trabajó en las aulas de clases y en espacios abiertos poco concurridos utilizando la entrevista como técnica de recolección de datos. Los principales resultados muestran que la mayoría de los participantes significan de manera diferente el acoso sexual dependiendo de 2 categorías: el vínculo con su agresor y el sexo del mismo; también se encontró que sus estrategias de afrontamiento se estructuran en función de estas 2 categorías, por ejemplo evitación, alejamiento, o respuestas violentas; en caso de conocer a su agresor se habla directamente con él.

⁶ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Correo: dan.aguzac61@gmail.com

⁷ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Correo: victoria.arriaga.samayoa@gmail.com

⁸ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Correo: juan.manuel.ortiz.roa@gmail.com

⁹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Correo: maribeel.resendiz@gmail.com

Palabras clave: acoso sexual, género, vínculo, afrontamiento, sexo.

Abstract

Sexual harassment has had an impact on men and women at different levels and contexts; the present study aimed to analyze from a gender perspective the impact of sexual harassment of men and their coping strategies. It is developed under a qualitative methodology, ethnographic study, participants were nine young, and the worked in the classroom and in open spaces and few crowds using the interview

as a technique for data collection. The main results show that most participants

mean differently depending sexual harassment two categories: the link with there

abuser and sex of the same, also found that coping strategies are structured according to these two categories by for avoidance, withdrawal or violent responses; know if her attacker talking directly with him.

Key words: Sexual harassment, Gender, Link, Coping, Sex.

Introducción

La forma en la que las personas ejercen su sexualidad está determinada por el género al que pertenecen, que rebasa la mera configuración biológica del sexo, las características físico-sexuales son las que conforman una significación genérica de lo que social y culturalmente se espera que haga, piense o exprese un hombre o una mujer, lo que ha generado una ruta de desigualdad a la hora de ejercer la sexualidad

(Martínez, 2005). La sexualidad es un sitio privilegiado en la conjunción de lo biológico y lo cultural, sin embargo es importante considerarlo también como una construcción social que puede cambiar con el tiempo a lo largo de la vida de las personas y con el paso de las generaciones.

Diversos estudios sobre la sexualidad de los varones señalan que las demostraciones de desempeño sexual adquieren un papel central en la afirmación de la identidad masculina en

diversos grupos de varones mexicanos. La masculinidad requiere ser reafirmada y demostrada constantemente porque desde su nacimiento los varones están sometidos a un doble mensaje: por un lado, se aprende que ser hombre es una gran ventaja ya que está asociada a ciertas características muy sobrevaloradas socialmente, tales como la fuerza, la protección, el valor y el poder; pero por otro lado, también se recibe el mensaje “no se es hombre mientras no se pruebe serlo”, además del aprendizaje continuo de roles y estereotipos impuestos por la familia y la sociedad, tales como son vestir con ropa color azul y utilizar cochecitos, balones, etc. de juguetes para “hombres”. La cultura provee medios para probar esta masculinidad, y entre estos se destacan los actos sexuales. (Rojas y Castrejón, 2007).

Debido a la construcción social los hombres no conciben de la misma manera el acoso sexual, depende de las características dadas por el contexto referido a la masculinidad de los hombres. Por lo tanto para comprender esta problemática, es necesario abordarla y analizarla desde la perspectiva de género, que explica y sustenta que su origen y evolución reside en las desigualdades sociales, históricas y culturales entre varones y mujeres; las cuales permiten esta

forma de violencia, el hostigamiento sexual es una problemática directamente relacionada con el ejercicio abusivo del poder, generalmente del varón, que se encuentra en una posición jerárquica superior o con la desigualdad de poder entre géneros.

A diferencia de otras manifestaciones de violencia, el acoso sexual está demasiado cerca de las reacciones cotidianas, a tal punto, que puede haber confusión entre el límite de lo normal y lo legalmente infringido. El acoso sexual está considerado como la conducta reiterada e insistente, más no aislada, que provoca satisfacción de quien la ejerce y es expresamente no deseada por quien la recibe, con lo que se establece una relación que provoca sentimientos hostiles e intimidatorios, humillación o abuso de poder, esto último principalmente en los casos de acoso sexual en el ámbito laboral (Preciado y Franco: 2013).

La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como todo acto sexual no deseado o su tentativa de consumarlo, al igual que los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una personas mediante coacciones por otra

persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima en cualquier ámbito. El acoso sexual también es considerado como una alteración de las relaciones entre los sexos, siendo que por lo general el que acosa es el hombre, también se han mencionado las diferencias de percepción de la intención sexual según el género, considerándose que las mujeres observan un mayor rango de comportamientos como acoso sexual que los hombres, sin embargo, un estudio acerca de las percepciones de las actitudes sexuales según el género, teniendo evaluadores y evaluados de ambos sexos, encontró que los evaluadores hombres percibían mayor intención sexual en las mujeres y sentían a su vez mayor atracción por las mujeres evaluadas con respecto a las mujeres evaluadoras, debido a esto se concluyó que los hombres tienen una tendencia general hacia la percepción de intención sexual en los comportamientos de las mujeres (Lindgren, Parkhill, George, Hendershot, 2008; Citado en: Silva, 2013).

Un estudio realizado con hombres y mujeres (Meza 2013) mostró que el acoso es percibido como una situación de molestia y hostilidad que tiene un patrón de ocurrencia constante, los sentimientos experimentados por las mujeres

fueron miedo, inseguridad, enojo y molestia; mientras que en los hombres los sentimientos encontrados fueron miedo, enojo, impotencia, tristeza y molestia.

Por otra parte, Bardales y Ortiz (2012) realizaron un estudio con jóvenes de mayor edad: estudiantes universitarios, con los objetivos de explorar la prevalencia y las características del hostigamiento sexual en hombres y mujeres de una facultad académica en una universidad estatal de Lima e identificar las percepciones sobre las situaciones del hostigamiento sexual, además de validar su instrumento sobre hostigamiento sexual. Los resultados muestran que al preguntarle a los hombres sobre si la razón del acoso que sufrían era provocada por ellos mismos el 80% estuvo en desacuerdo, sin embargo, vale la pena señalar que el 13,2% empatizaba con dicho pensamiento, al creerse responsables de acoso. También se abordó el tema sobre las repercusiones que el acoso sexual tiene en sus vidas y se encontró que esta afirmación de que a los varones no les afectaría en lo más mínimo una situación de hostigamiento sexual, tanto varones como mujeres están en desacuerdo, en su mayoría; sin embargo, es importante señalar que, de acuerdo al sexo, los varones, en 14 puntos porcentuales más que las

mujeres, sí están de acuerdo con que a los varones no les afecta en lo mínimo el hostigamiento sexual.

Sin embargo, hay autores que realizan investigación sobre acoso sexual de una forma más general, es decir, partiendo del supuesto de que el acoso sexual no se da sólo en ciertos lugares y que por supuesto no va a tener el mismo impacto en quien lo recibe, así es como Valadez y Ríos (2014) han realizado una investigación sobre cómo perciben el acoso y el hostigamiento sexual las mujeres, afirman que por lo mismo que la violencia es un fenómeno social que ha tratado de permanecer oculto, hay falta de información y genera creencias erróneas y esto puede estar afectado la percepción de los individuos respecto de una situación de acoso u hostigamiento sexual. El objetivo de su investigación fue explorar las diferencias en la percepción de una muestra de 31 mujeres y 29 hombres en cuanto a mitos de violación y actos de acoso y hostigamiento sexual, así como el tipo de estrategias de evasión y autoprotección. Utilizaron un cuestionario con 34 reactivos de los cuales se derivaron 8 escalas, donde se encontró que la percepción de inseguridad de las mujeres fue más elevada que la de los hombres. Como estrategias, las mujeres evitan a los desconocidos

y prefieren salir acompañadas, en cambio los hombres evitan cargar cosas de valor. Otro aspecto importante fue que las mujeres ante una situación de acoso u hostigamiento presentaron dolor de cabeza, ansiedad, sudoración en las manos y tensión muscular, sin embargo, Valadez y Ríos (2009) no reportaron los mismos síntomas en la muestra de varones. Por último, concluyen que el alto índice de violencia contra las mujeres forma parte del sistema patriarcal desventajoso en el que vivimos y que ellas son abusadas con el objetivo de dominarlas. Podemos notar que en esta investigación también tiene cierta inclinación por los resultados de las mujeres y en algunos casos omite y no menciona los resultados respecto de los hombres.

De lo anterior surge el interés de realizar una investigación sobre el impacto que tiene el acoso sexual en los hombres y cómo la construcción social tiene un papel muy importante en la manera de afrontamiento. De acuerdo con la bibliografía revisada, hemos encontrado que la mayoría de las investigaciones acerca del acoso sexual tienen inclinación por el género femenino aún cuando los estudios sean realizados con hombres y con mujeres. Sin embargo, nosotros consideramos importante abordar el tema solo con hombres desde una perspectiva de género, ya

que los hombres también lo padecen y esto nos indica que el fenómeno existe en esta población. Por último la bibliografía revisada demuestra que la investigación de acoso sexual se ha realizado ampliamente en otros países pero muy pocas veces pueden rescatarse investigaciones que hayan sido realizadas en México, por lo cual sería importante realizar una investigación en una población Mexicana.

Método

Participantes

Los participantes fueron 9 hombres, de los cuales 6 eran alumnos de la carrera de Psicología, mientras que los 3 participantes restantes se dedicaban a trabajar en diversas áreas y no estudiaban por el momento. Las edades de los participantes oscilaron entre los 18 y 21 años y el único criterio de inclusión fue que aceptaran haber tenido experiencias referidas al acoso sexual, sin importar el contexto. Se utilizaron nombres ficticios con el fin de proteger la identidad de los participantes.

Instrumento

Mediante un método cualitativo se realizaron entrevistas semiestructuradas que constaron de

una sección de datos personales (nombre, edad, ocupación, semestre), además de una guía temática que contenía 4 partes que recolectaron la información necesaria.

La primera parte recabó datos acerca del significado que los hombres le daban al acoso sexual, se abordaron preguntas relacionadas al concepto de acoso, características del acosador y del acosado y sobre el impacto del acoso sexual. La segunda parte recabó datos sobre las creencias de los hombres al respecto de ser víctimas de acoso sexual, se abordaron preguntas relacionadas a la opinión sobre la población más vulnerable y las experiencias personales referidas como acoso sexual. La tercera parte recabó datos acerca de las habilidades de afrontamiento que utilizan cuando son acosados sexualmente, se abordaron preguntas relacionadas con los sentimientos y emociones que percibieron durante el acoso, las acciones que realizaron y la influencia del entorno sobre las formas de afrontamiento.

Por último, la cuarta parte recabó datos acerca de la influencia de la condición de género al momento de sufrir acoso, se abordaron preguntas relacionadas a la manera en la que se aproximan a alguien que les gusta y la opinión

acerca de los roles que juega el hombre en una relación. A partir de esto se obtuvieron las categorías más relevantes para la investigación, las cuales fueron “Concepto de Acoso sexual”, “Influencia del entorno sobre las formas de afrontamiento al acoso sexual” “Acciones que realiza cuando es acosado sexualmente”, y “Sentimientos y emociones que percibe durante el acoso sexual” todo esto desde la perspectiva del participante.

Resultados

Concepto de Acoso sexual

En general los participantes tuvieron conceptos muy similares al referirse al acoso sexual, ya que la mayoría consideró que el acoso es el hostigamiento por parte de una persona que busca un beneficio sexual. Henry y Oscar dan cuenta de ello, su discurso al respecto es breve y es referido también a las formas de intimidación.

Los participantes también mencionaron que este tipo de acoso generalmente repercute en la vida de la persona que está siendo víctima, generando problemas tanto psicológicos como físicos en la persona, por ejemplo estrés, falta de sueño, entre otras.

Influencia del entorno sobre las formas de afrontamiento al acoso sexual.

En cuanto a los lugares donde sucedió el acoso, la mayoría reportó haber sido acosado en lugares públicos ya sea en el transporte o en lugares conglomerados como en el bar o en el gimnasio, además se encontró que en ningún caso se dio el acoso dentro del ámbito laboral ni familiar. Gaytán (2007) menciona que el acoso sexual en lugares públicos constituye una práctica cotidiana en ciudades de diversas partes del mundo y que puede valerse de diversas conductas desde ofensas verbales o acoso físico hasta exhibicionismo.

Consideramos que el acoso se da en este tipo de contextos porque el acosador tiene la ventaja de abordar a la víctima y si además ésta coincide con las características de timidez en el acosado, es más probable que el acoso se lleve a cabo. Por otro lado, creemos que las condiciones sociales y un amplio conjunto de personas enfocadas en diferentes actividades, favorecen que el acoso pase desapercibido. En el caso de los participantes Jorge, Irvin, Henry y Oscar, el fin del acoso era tener encuentros sexuales donde el contexto es de suma importancia, tales como fiestas o reuniones sociales donde el consumo de

sustancias estupefacientes altera la conducta y por lo tanto aumenta la incidencia del acoso sexual.

Acciones que realizan cuando son acosados sexualmente.

Los participantes como Kevin, Irvin y Jorge admitieron que el acoso sexual tiene una repercusión en su estilo de vida, para Kevin la consecuencia del acoso significó enojo y molestia, consecuencias que disminuyeron al dejar de ser acosado.

El impacto del acoso sexual difiere en cuanto al vínculo que se pueda tener con el acosador, ya que puede tratarse tanto de personas conocidas por los participantes como de encuentros casuales, por ejemplo, en lugares públicos. Los participantes reportaron que al existir un vínculo con el acosador solían hacer modificaciones en sus actividades diarias, mientras que al tratarse de desconocidos no había cambios, excepto el caso de Rey, aun cuando no los conociera tuvo que desistir de sus actividades dentro del gimnasio; Irvin también decidió tratar de cesar el acoso evitando a la persona, pero no tomó las mismas medidas Óscar, ya que él afrontó la situación con la chica que lo estaba incomodando, de acuerdo a su discurso, esto no tuvo ningún

efecto en el acoso, tuvo que optar por “poner distancia física” cada que la chica se le acercaba. Solo en dos de los participantes no hubo variaciones en cuanto al vínculo con sus acosadores, puesto que reportaron que conocieran o no a la persona, el acoso no tenía un impacto en su modo de vida.

Los datos obtenidos en esta investigación arrojan que la mayoría de los participantes afrontaban el acoso alejándose y evitando al acosador; no solo ignorándolo, sino que también, al tratarse de contacto físico hacia su persona, específicamente hacia sus genitales, lo empujaban e incluso utilizaban lenguaje altisonante contra el agresor. Por el contrario, cuando existía un vínculo con el acosador, lo afrontaban de forma distinta, es decir, hablaban directamente con la persona con la finalidad de que cesara el acoso, cabe mencionar que ninguno de los participantes comentó haberse apoyado en familiares o amigos para afrontar el acoso por temor a que éstos les hicieran comentarios poco favorables respecto a sus experiencias de acoso.

Sentimientos y emociones que percibe durante el acoso sexual

En cuanto a los sentimientos que demostraron los participantes durante el acoso, se encontró que

varios de ellos coincidieron en sentirse desconcertados, inseguros y nerviosos; es decir, entran en un estado de agitación en el que se reduce o se pierde la calma como reacción del organismo ante una situación desconocida o que es poco frecuente e incómoda. Dos participantes mostraron enojo y en el caso de Jorge, quien era acosado por una profesora, reportó haber sentido miedo, por el contrario, Óscar comentó haberse sentido decepcionado por la forma en que la chica se le acercaba.

De acuerdo con los datos encontrados, todos coinciden en que el coqueteo es la pauta que da lugar al interés por la otra persona como el intercambio de miradas o las sonrisas, así como al establecer una charla y tocar temas de interés común; sin embargo, con un límite, la mayoría reportó que esta relación debe ser recíproca.

Conclusiones

En esta investigación se encontró que dependiendo del lugar, del sexo del acosador la frecuencia, pero principalmente del vínculo que se tiene con el mismo, los hombres le adjudican diversos significados al acoso sexual; por ejemplo, la mayoría de los participantes con algún vínculo con su acosados reportaron mayor significación a

la experiencia, así como más consecuencias, a diferencia de aquellos que fueron acosados en encuentros casuales. Es decir, que recibieron acoso por parte de personas desconocidas en lugares públicos, asimismo, los participantes que experimentaron acoso por parte de personas ajenas decidieron no darle ningún significado relevante en sus vidas cotidianas, esto después de un tiempo del suceso. Esto guarda una estrecha relación con el impacto que ha tenido el acoso sexual en la vida de los participantes, además los factores que influyeron en su construcción genérica como la educación en casa y la relación con amigos, concluimos que los comentarios tanto de familiares como de amigos contribuyen a que los participantes reaccionen de cierta forma, si bien para el participante el acoso no producía ninguna repercusión en vida, las opiniones de las personas que se encuentran dentro de su círculo social, ocasionó muchas de las veces sentimientos de impotencia, enojo y confusión, aspecto importante de resaltar, ya que esto influye directamente en la confianza que hay o puede generarse dentro de su contexto social.

Los hombres perciben el acoso dependiendo del sexo del acosador como en el caso de mujeres acosadoras, los hombres lo reportaron como parte del coqueteo por lo que para ellos resultó

gratificante la mayoría de las veces, ya que ser deseados resalta su masculinidad ante los otros hombres e incluso aumenta su autoestima; sin embargo, cabe mencionar que esto solo sucede hasta cierto punto, ya que depende mucho de la insistencia de la mujer y de la atracción física que el participante sienta por ella. En contraste, los hombres acosados por otros hombres concluyen que lo perciben como una ofensa a su masculinidad, ya que atentan contra su papel de hombre en sociedad; es decir su construcción genérica.

Referencias

- Bardales, O. y Ortiz, Z. (2012) Hostigamiento sexual en mujeres y varones universitarios. Estudio exploratorio. *MIME*, Lima.
- Gaytán, P. (2007). El acoso sexual en lugares públicos: un estudio desde la Grounded Theory. *El Cotidiano*, 22, 5-17.
- Martínez Lozano, Consuelo P. (2005). El esquema cultural de género y sexualidad en la vida cotidiana. Una reflexión teórica. *Culturales*, Julio-Diciembre, 30-62.
- Meza de Luna, M. (2013). El acoso en lugares públicos. Experiencias y percepciones de adolescentes mexicanos. *En-claves del Pensamiento*. 7. 177-185.
- Preciado, S. & Franco, Ch. (2013). Hostigamiento sexual laboral en trabajadores de vigilancia de una empresa electrónica. *Revista electrónica de Psicología*. 11. 1-17.
- Rojas, O. & Castrejón, J. (2007). Relaciones de Género e Iniciación Sexual Masculina en México. *Otras Miradas*. 7 (1). 7-28.
- Silva, J. (2013). Frecuencia del acoso sexual y variables asociadas en estudiantes de la Facultad de Medicina. Tesis de Maestría Salud Mental Pública. UNAM.
- Valadez Ramírez, A. & Ríos Rivera, L. (2014). Percepciones de acoso y hostigamiento sexual contra las mujeres: Un estudio exploratorio. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 17 (2), 624-645.

Antecedentes de la Terapia Familiar: Convergencias entre Psiquiatría y Psicoanálisis Norteamericano

Daniel De Jesús Ventura¹⁰

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

La historia de la terapia familiar ha sido descrita en diferentes momentos por una serie de autores que han dado cuenta de su devenir (Guerin, 1976; Broderick y Schrader, 1981; Hoffman, 1987). Sin embargo, pocas veces se ha hecho referencia al contexto histórico que precedió el trabajo de los pioneros en esta área. Lo que aquí se presenta es una mirada retrospectiva que da cuenta de la convergencia que existió entre psiquiatría y psicoanálisis como dos áreas de conocimiento que permearon el campo norteamericano de la salud mental en el siglo XX, y que facilitaron más tarde el surgimiento de lo que hoy se conoce como el campo de la terapia familiar.

Palabras clave: Terapia familiar, Historia, Psiquiatría, Psicoanálisis

Abstract

The history of family therapy has been described at different times by a number of authors who have noticed its development (Guerin, 1976; Broderick and Schrader, 1981; Hoffman, 1987). However, historical context rarely has been referred to the precedent work of the pioneers in this area. What is presented here is a look back of the

¹⁰ Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar por la Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. Docente del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Oriente. Correo electrónico: daniel.dventura@gmail.com

convergence between psychiatry and psychoanalysis as two areas of knowledge that permeated the field of American mental health in the Twentieth Century and later facilitated the emergence of what now is known as the field of systemic family therapy.

Keywords: Family Therapy, History, Psychiatry, Psychoanalysis

Introducción

Al igual que en el resto de las sociedades contemporáneas, la población de los Estados Unidos de América de mediados del siglo XIX se vio afectada por una importante cantidad de padecimientos mentales de diversa índole propios de la época. La atención concedida a este problema de salud pública se caracterizó por la creación e instauración de hospitales psiquiátricos donde se recluía a los enfermos mentales para su tratamiento. Sin embargo, el cambio de siglo trajo consigo transformaciones que impactaron significativamente el campo de la salud mental, donde uno de los fenómenos más importantes que tuvo lugar fue la instauración del movimiento psicoanalítico en dicha nación. La psiquiatría se vio seriamente impactada por esta vertiente teórica, adoptando en un principio la teoría freudiana, y más tarde generando modelos teóricos netamente norteamericanos, particularmente la psicología del Yo y el culturalismo neofreudiano; estas dos vertientes

psicoanalíticas fueron las que a partir de la segunda mitad del siglo XX definieron la forma de llevar a cabo esta práctica médica, y en consecuencia, en atender los trastornos mentales.

Desarrollo de la práctica psicoanalítica en los Estados Unidos de América

Hacia finales del siglo XIX en Europa, Sigmund Freud comenzó a gestar una nueva propuesta de sanación a la que denominó Psicoanálisis. El desarrollo que hasta ese momento había alcanzado su trabajo representó una propuesta totalmente diferente de entender la mente humana, ya que su labor puso en evidencia la existencia de una estructura inconsciente; pero no sólo eso, sino que además proporcionó métodos para adentrarse en su estudio (Alexander y Selesnick, 1970).

El floreciente movimiento psicoanalítico causó gran revuelo en diferentes partes del mundo; sin

embargo, en Europa no fue bien recibido por la comunidad psiquiátrica, quienes mostraron su desacuerdo frente a esta nueva propuesta e hicieron todo lo posible por desligar el pensamiento psiquiátrico del psicoanalítico. Cuantiosos fueron los ataques y boicoteos que recibió este movimiento al que consideraban carente de rigor científico, tildándolo de charlatanería (Postel y Quénel, 2000). Sucedería algo totalmente diferente en el otro extremo del mundo, especialmente en los Estados Unidos de América, pues el sector académico de esta nación mostró gran interés por esta vertiente teórica. Prueba de ello fue que el entonces presidente de la Universidad de Clark en Massachusetts, G. Stanley Hall, extendió una invitación a Freud para que presentara en aquella institución una serie de cinco conferencias sobre psicoanálisis. Éste arribaría a América en 1909 (acompañado por Jung, Jones y Ferenczi), donde fue recibido por un numeroso comité, de entre los que destacaba el psicólogo William James, quien entusiasmado por el movimiento le señaló a Freud que su teoría constituía la psicología del futuro (Cushman, 1995). Este acto muestra la apertura que la sociedad norteamericana presentó ante el psicoanálisis, pues se trataba de una sociedad ansiosa por lo nuevo.

La pronta aceptación del psicoanálisis en la Unión Americana puede explicarse en gran medida al analizar la ideología sobre la que se encontraba cimentado aquel país. De acuerdo con Nos Llopis (2009), los Estados Unidos se erigieron como la primera nación “moderna” que asimiló para su estructura y funcionamiento los principios del liberalismo europeo: libre expresión de pensamiento, libertad de asociación, libertad de prensa, libertad religiosa, separación de la Iglesia y el Estado. Y aunque en un inicio no toda la población admitió esta nueva visión de sociedad (nos referimos al sector más conservador) hubo, como siempre, otro sector que aprobó los ideales liberales y principios ilustrados asentados en la constitución política de 1787. De esta manera, a principios del siglo XX existía ya una élite cultural que estaba abierta a cualquier innovación progresista. Fueron particularmente dos grupos los que se mostraron más receptivos a las ideas de Freud: por un lado, los intelectuales que veían en el psicoanálisis un movimiento cultural de grandes repercusiones, y por el otro, los círculos académicos de médicos con una clara tendencia pragmatista, que se interesaron por este nuevo método clínico de amplias posibilidades terapéuticas. Dicho en otras palabras, al ser un enfoque psicológico y científico, el psicoanálisis se

presentaba como la forma más correcta y civilizada de curar la mente humana (Cushman, 1995).

La presencia de Freud en América, así como la traducción a la lengua inglesa de sus obras, constituyó la semilla para que el movimiento psicoanalítico se instaurara en esta nación a través de la creación de diferentes sociedades e institutos de formación. Esta gran maquinaria pondría su primera pieza en febrero de 1911, cuando fue creada la New York Psychoanalytic Society bajo la dirección de Abraham Brill, y en mayo del mismo año, la American Psychoanalytic Association en Washington, con James J. Putman como presidente; tres años más tarde, en 1914 se fundarían las sociedades psicoanalíticas de Washington y Boston. Los pioneros del psicoanálisis en América fueron en su mayoría académicos ampliamente reconocidos, pertenecientes a las más importantes universidades del país: Columbia, Harvard, Philadelphia, y Johns Hopkins, entre otras. Durante estos primeros años la afiliación a estas sociedades se concedía simplemente a quien tuviera el interés de pertenecer a ellas. Por otro lado, debido a que aún no existían centros para el adiestramiento analítico, sus miembros se vieron obligados a viajar a los institutos de Viena, Zurich

y Berlín (este último, a partir de 1920) para recibir dicha preparación directamente de Freud o de alguno de los miembros de su círculo más cercano.

Esta situación permaneció así hasta septiembre de 1931, fecha en la que fue creado el New York Psychoanalytic Institute, con lo que de manera oficial comenzó la enseñanza de la práctica psicoanalítica en los Estados Unidos. A partir de este momento proliferarían las sociedades y sus respectivos institutos en diferentes ciudades de la Unión Americana. En 1932 se crearía el Instituto de Chicago; en 1933 los de Boston y Baltimore-Washington; para 1940 el de Philadelphia; dos años más tarde, en 1942 los de San Francisco y Topeka; en 1944 se crearía el primer instituto integrado a una universidad, nos referimos al de Columbia University; y en 1946 el de Los Angeles.

El rápido desarrollo que tuvo el psicoanálisis durante la primera mitad del siglo XX se debió en gran medida a la enorme cantidad de psicoanalistas centroeuropeos que emigraron a América desde principios de la década de los 30, con motivo de la persecución de los judíos por parte de Adolfo Hitler, ya que colaboraron en la creación y desarrollo de los primeros institutos psicoanalíticos. Su participación fue decisiva en el

rumbo que habría de tomar el psicoanálisis estadounidense, ya que como bien lo señala Nos Llopis (2009), todo ese cúmulo de analistas europeos, al haber sido formados bajo una tradición particular del psicoanálisis, la trasladaron e instauraron a su llegada en esta nueva nación.

Así pues, en Estados Unidos comenzaron a desarrollarse dos perspectivas del psicoanálisis. Por una parte se encontraban los exiliados de la Sociedad de Viena, tales como Anna Freud, Heinz Hartmann, Erik Erikson, Ernst Kris, Helene Deutsch, Richard Sterba, Robert Waelder, entre muchos otros, quienes se mantuvieron fieles a la doctrina de Freud, desarrollando la Psicología del Yo. De acuerdo con Nos Llopis (1995), Heinz Hartmann y sus colaboradores agrupados en el New York Psychoanalytic Institute, fueron las figuras que más se ocuparon en consolidar la teoría estructural de Freud, centrándose en la sistematización, sincronía y refinamiento de los conceptos y modelos teóricos que este había plasmado en sus obras anteriores, pero que había dejado inconclusos. Varias fueron las aportaciones que Hartmann realizó en esta materia, a tal grado que la psicología del Yo se convirtió en la corriente dominante de la teoría

psicoanalítica norteamericana durante las décadas de los 50 y 60.

Por otra parte se encontraban los que habían pertenecido al Instituto de Berlín, cuya propuesta se caracterizaba por ser más abierta e innovadora en relación a las teorías freudianas, y que en lo sucesivo, varias de sus figuras participarían en el desarrollo de lo que ha dado por denominarse como *culturalismo neofreudiano*, de la que Karen Horney, Harry Stack Sullivan, Erich Fromm, Frieda Fromm-Reichmann y Clara Thompson constituyeron sus iniciadores y principales impulsores; ellos, a diferencia de los primeros, se postulaban a favor de los factores sociales como determinantes de la estructura psíquica y se alejaban de los principios pulsionales. Se trata de la primera escuela psicoanalítica que nació con identidad propia en aquella nación.

Culturalismo neofreudiano

Cuando esto sucede, Estados Unidos se encontraba en un momento histórico en que los estudios antropológicos y sociológicos iniciados veinte años antes alcanzaron un nivel de desarrollo importante, a tal grado que varias de las disciplinas existentes fueron impactadas por estas vertientes teóricas. La psiquiatría y el

psicoanálisis, fueron dos campos que adoptaron y asimilaron varios de los principios de las teorías culturalistas.

Harry Stack Sullivan fue un psiquiatra que realizó estudios de medicina en el Chicago College of Medicine, y que desde 1920 se inició en el trabajo clínico con pacientes esquizofrénicos, gracias a la influencia de los psiquiatras William Alanson White y Adolf Meyer, de quienes aprendió la teoría psicoanalítica (Mitchell y Black, 2004). Mientras se encontraba laborando en el Sheppard and Enoch Pratt Hospital en 1926, Sullivan conoce a Edward Sapir, profesor de antropología cultural, quien lo acerca al pensamiento de la Escuela de Chicago, particularmente al trabajo de Charles Cooley y George Herbert Mead. Sullivan se interesó en los planteamientos de esta escuela y se adentró en su estudio con la intención de crear un puente entre las teorías sociales y la psiquiatría. Con un marcado interés en las ciencias sociales, en 1930 Sullivan se trasladaría a Nueva York para llevar a cabo la práctica privada e iniciar proyectos profesionales con Sapir y Lasswell, con quienes crearía la William Alanson White Psychoanalytic Foundation (WAW Foundation) en 1933, en compañía de Hadley, Dooley, White y Brill, organismo destinado a desarrollar sus investigaciones y brindar

educación interdisciplinaria (Evans, 1996, Ortmeier, 1997). Este sería el primer evento importante en el que concretaría su interés por fusionar la psiquiatría y las ciencias sociales.

Sería durante los primeros años de la década de 1930 cuando Sullivan conoce a Karen Horney, psicoanalista berlinesa que llegó a los Estados Unidos en 1932 por invitación de Franz Alexander, para colaborar en la dirección del recién fundado Chicago Institute for Psychoanalysis. Horney fue una mujer que recibió la enseñanza del psicoanálisis directamente de Karl Abraham; sin embargo, desde el inicio de su preparación mostró inconformidad con ciertos postulados del psicoanálisis clásico, sobre todo con aquellos elementos que explicaban la psicología de la mujer a partir de la idea de la envidia del pene y el complejo de castración. Varios fueron los trabajos de Horney donde proponía una explicación diferente de la feminidad, contraponiéndose así al biologismo de Freud, lo que representó un ataque directo al *establishment* psicoanalítico. Sus ideas no fueron bien acogidas por los sectores más conservadores de las altas esferas psicoanalíticas (Reyes, 2002). Cuando Horney se instaló a su llegada en Brooklyn, se sintió atraída por las ideas culturalistas que reinaban en los Estados Unidos, mismas que gradualmente comenzó a incluir en

sus trabajos. Posteriormente fue invitada a participar como docente en la Baltimore-Washington Psychoanalytic Society en 1934, organismo creado en 1930 para desarrollar y enseñar la teoría psicoanalítica. Ahí se encontraría con Harry S. Sullivan, Ernest E. Hadley y la presidenta Clara Thompson.

Casi de manera simultánea, en mayo de 1934, el psicoanalista Erich Fromm llegó de Europa a América para establecer su residencia en Nueva York y así continuar con el proyecto de trasladar el Instituto de Investigación Social de Frankfurt a esta nación, mismo que se concretó un par de meses después gracias al apoyo de la Columbia University. Durante estos primeros años en América, Karen Horney fue una de las principales figuras que apoyó en todo momento a Fromm, convirtiéndose en el principal vínculo a través del cual Fromm logró establecer contacto con otras figuras del ámbito intelectual interesadas en las cuestiones sociales (Funk, 1999).

En 1936 Sullivan funda la Washington School of Psychiatry bajo los auspicios de la Baltimore-Washington Psychoanalytic Society. Esta escuela surgió como un instituto para la enseñanza del psicoanálisis, pero a diferencia del resto de los institutos que existían hasta entonces en Estados

Unidos, la escuela de Washington se caracterizaba por tener una marcada orientación hacia la teoría interpersonal, así como por ofrecer un programa de formación multidisciplinario donde tenían cabida tanto la psicología social como la antropología, la filosofía y la biología (Evans, 1996). En octubre de ese mismo año, Sullivan extendió una invitación a Fromm para que participara como docente de psicología social en la reciente escuela de psiquiatría; en su carta dirigida a este último, Sullivan puso de manifiesto las intenciones del instituto al señalar que los estudiantes que ahí acudirían debían ser formados con una visión del ser humano como un ente psicobiológico cuya esencia es de carácter social, postura que coincidía en gran medida con los planteamientos realizados por Fromm desde principios de los 30, momento a partir del cual se centró en relacionar la teoría psicoanalítica con las teorías sociales, dándole una nueva lectura a la teoría freudiana y en consecuencia oponiéndose a importantes postulados ortodoxos (Funk, 1999).

Un hecho que da cuenta del distanciamiento que existía en relación al psicoanálisis clásico y la poca apertura hacía el debate intelectual de las teorías freudianas por parte de la comunidad psicoanalítica, fueron la serie de publicaciones que estuvieron a cargo de Karen Horney en las

que criticaba severamente los escritos de Freud, y que le ganaron la prohibición de ejercer como analista didacta y supervisora clínica en el New York Psychoanalytic Institute, rebajándola a conferencista. Horney no permitió tal acto de intolerancia y dimitió de la New York Psychoanalytic Society a la que pertenecía desde 1935, y en seguida se dio a la tarea de crear la Association for the Advancement of Psychoanalysis en 1941. A este proyecto se sumarían Clara Thompson, Bernard Robbins, Harmon Ephron y Sara Kelman, quienes también renunciaron a tal sociedad en apoyo a Horney; así como Harry S. Sullivan, William Silverberg y Erich Fromm (Funk, 1987; Reyes, 2002). Un mes más tarde crearían el American Institute for Psychoanalysis; el objetivo de esta nueva institución consistió en asumir una enseñanza no autoritaria y de libre pensamiento, como constata la siguiente nota: "Se reconoce que los estudiantes son adultos inteligentes y responsables... El Instituto tiene la esperanza de que continuará evitando la rigidez conceptual y respondiendo a las ideas, de cualquier fuente, en un espíritu de democracia científica y académica" (Quinn, citado en Cloninger, 2003, p. 163). Este grupo contribuyó a ofrecer un entrenamiento psicoanalítico alternativo a las teorías clásicas,

instaurando en su lugar una visión cultural de la personalidad humana.

Un año más tarde, en octubre de 1942, Sullivan comenzó a dictar una serie de conferencias clínicas en el sanatorio Chestnut Lodge en Rockville, mismas que se prolongarían hasta 1946. Ahí conocería a Frieda Fromm-Reichmann, psiquiatra y psicoanalista europea formada en Berlín bajo la tutela de Hans Sachs. Fromm-Reichmann había emigrado a los Estados Unidos en 1935 para colaborar como auxiliar en las actividades de este sanatorio gracias a las acciones emprendidas por su aún esposo Erich Fromm. El trabajo realizado por Fromm-Reichmann en este lugar se concentró en la atención y tratamiento de pacientes psicóticos, concediéndole importancia a la intervención de los esquizofrénicos (Delahanty, 2006). Sullivan sería una influencia decisiva en el éxito del tratamiento con este tipo de pacientes, debido a los conocimientos que pudo transmitirle respecto al trabajo con pacientes esquizofrénicos y sobre todo por darle a conocer la teoría interpersonal que de tiempo atrás venía desarrollando.

Ahora bien, el grupo de trabajo que se había conformado en años anteriores con la intención de reelaborar la teoría psicoanalítica sufrió su

primer gran rompimiento en 1943, cuando varios de los miembros de la Association for the Advancement of Psychoanalysis decidieron abandonarla en apoyo de Erich Fromm, quien renunció a la asociación en abril, debido a que nunca le concedieron la categoría de analista didacta y supervisor clínico, argumentando que dichas funciones sólo podían ejercerlas quienes tuvieran formación médica. Este hecho resulta de vital importancia para comprender la fusión de la psiquiatría y el psicoanálisis, ya que como se describirá más adelante, para este momento todas las sociedades analíticas de la Unión Americana habían acatado los estatutos promovidos por la American Psychoanalytic Association, donde se restringía la participación de los legos (no médicos) en las actividades de los institutos.

Fue así que en un primer momento Clara Thompson, Harry Sullivan, y otros se separarían de Karen Horney (Funk, 1987). Varias de estas figuras permanecerían juntas y fundarían en ese mismo año una filial de la Washington School of Psychiatry en Nueva York; quienes participaron en dicha empresa fueron Harry Stack Sullivan, Erich Fromm, Frieda Fromm-Reichmann, Clara Thompson, David Rioch y Janet Rioch, y luego se incorporarían Ralph Crowley, Hilde Brunch y

Meyer Maskin. En 1946 esta filial amplió sus actividades y fue rebautizada como William Alanson White Institute of Psychiatry, Psychoanalysis and Psychology. Sus funciones sustantivas estuvieron centradas de igual manera en la enseñanza, vinculando el psicoanálisis con otras ciencias sociales y humanas (Funk, 1987; Funk, 1999).

A partir de ese momento, cada uno de estos personajes continuaron trabajando de manera conjunta y/o en proyectos individuales, consolidando la labor desarrollada en los años anteriores. El legado que hicieron al campo de la salud mental y al psicoanálisis es cuantioso: sus acciones han sido materializadas en diversas publicaciones que dan cuenta de su pensamiento, y aún más, muchos son los seguidores que han retomado sus ideas para continuar con el desarrollo disciplinar en diferentes ámbitos.

Fusión de la psiquiatría y el psicoanálisis en Estados Unidos

Como puede apreciarse, con el paso de los años la teoría psicoanalítica se arraigó profundamente en los Estados Unidos, permeando diferentes sectores de la sociedad, siendo el campo de la salud mental aquel donde tendría mayor

presencia, particularmente en el mundo de la psiquiatría. A pesar de que para 1939 (fecha en que tiene lugar la muerte de Freud) el psicoanálisis gozaba de gran fama en todo el mundo, en un inicio esta perspectiva teórica despertó cierto recelo por parte de la comunidad psiquiátrica que reinaba en la Unión Americana, no así en el sector académico y artístico. Sin embargo, de acuerdo con Alexander y Selesnick (1970), los cambios que trajo consigo el término de la Segunda Guerra Mundial favorecieron la inserción del psicoanálisis en el ámbito psiquiátrico, pues con el retorno de los veteranos de guerra seriamente trastornados, las instituciones de salud mental se vieron en la necesidad de dar atención a este sector de la población que representaba un problema social, encontrando en esta vertiente teórica una alternativa de sanación mental. Particularmente, Smith Ely Jelliffe y William Alanson White fueron dos personajes que contribuyeron de manera importante para que ambas disciplinas disminuyeran sus distancias.

Las relaciones entre psicoanálisis y psiquiatría se iniciaron a muy temprana edad, pues desde 1924 las convenciones anuales de la American Psychoanalytic Association y las de la American Psychiatric Association comenzaron a celebrarse

casi de manera conjunta en la misma ciudad, primero la analítica e inmediatamente después la psiquiátrica. Desde entonces existía una clara tendencia hacía la vinculación de ambas sociedades, y sería después de importantes disputas entre sus miembros cuando por fin, en 1933, se aprobaría de manera oficial la inclusión de la Sección de Psicoanálisis en las actividades de la American Psychiatric Association.

De acuerdo con Knight (1960), en su discurso final celebrado el 7 de diciembre de 1952 (días antes de dejar la presidencia de la American Psychoanalytic Association, función ejercida desde 1938), brindó un esbozo histórico en el que dio a conocer lo que hasta entonces fue la situación actual del psicoanálisis en los Estados Unidos de América, centrándose particularmente en lo que se refería al control y adiestramiento de sus agremiados. Este documento contiene elementos que de alguna manera permiten explicar la fusión de la psiquiatría con el psicoanálisis en Estados Unidos, pues hace referencia particular a la serie de estatutos elaborados y aprobados por la American Psychoanalytic Association en 1938, con los que se intentaba regular y mejorar las normas de adiestramiento en los diversos institutos del país, dentro de los que se destacaban las *"Normas mínimas para el adiestramiento de médicos en el*

psicoanálisis", las "Normas mínimas para la organización y dirección de los institutos para el adiestramiento de médicos en el psicoanálisis" y la "Resolución contra el futuro adiestramiento de legos para el uso terapéutico del psicoanálisis" En dichos estatutos resulta evidente la intención por "medicalizar" el psicoanálisis clínico, pues varios de sus organizadores partían de la idea de que la atención terapéutica de pacientes era una función exclusiva de los médicos, por lo que sus resultados debía tener garantías médicas, no pudiendo relegarse la responsabilidad a otros profesionistas. Así pues, desde finales de la década de los 30, varios institutos exigieron a sus candidatos como requisito indispensable contar con mínimo un año de residencia psiquiátrica, y para la década de los 40 el requisito se extendería a dos años de residencia. En 1946, la American Psychoanalytic Association manifestaría contundentemente su posición respecto a la práctica psicoanalítica, estableciendo que todos sus miembros afiliados deberían ser médicos, de lo contrario no tendrían cabida en ninguna sociedad y por lo tanto no estarían calificados para enseñar psicoanálisis. En algunos casos la propia asociación permitió el adiestramiento oficial a los no médicos (legos), pero sus funciones fueron supeditadas exclusivamente a la

investigación, nunca como psicoterapeutas; este fue el caso de Erich Fromm.

Esta serie de hechos, contribuyeron considerablemente en la reducción de la brecha existente entre ambas disciplinas, a tal grado de alcanzar prácticamente la unificación; así pues, llegó el momento en que para ejercer como terapeuta psicoanalista era necesario contar con una formación médico psiquiátrica.

Conclusiones

El entrelazamiento disciplinar entre psiquiatría y psicoanálisis tuvo importantes repercusiones en el campo de la salud mental, ya que en vista de que la atención de los trastornos mentales eran una función delegada únicamente a los psiquiatras, los tratamientos sólo tenían dos posibilidades: por una parte las terapias de "shock" llevadas a cabo por psiquiatras que no contaban con una formación analítica, y por el otro, los tratamientos psicoterapéuticos a cargo de psiquiatras entrenados en psicoanálisis. Esto daría como resultado que de ahí en adelante la perspectiva psicoanalítica se convertiría en la corriente dominante en el mundo de la psicoterapia norteamericana. Lo anterior permite entender por qué los pioneros de la terapia

familiar, Murray Bowen, Lyman C. Wynne, Theodore Lidz, Ivan Boszormenyi-Nagy, Carl A. Whitaker y Don D. Jackson, fueron psiquiatras entrenados en psicoanálisis.

Particularmente, las teorías interpersonales del culturalismo neofreudiano favorecieron que más tarde los pioneros elaboraran cuerpos teóricos donde enfatizaban la relación de los trastornos mentales y familiares de los pacientes identificados, abandonando así las explicaciones individuales centradas en la Psicología del Yo, que en su lugar, dieron origen a lo que más tarde se conocería como terapia familiar.

Lo dicho hasta este momento podría crear la impresión de que la terapia familiar tiene sus orígenes en la psiquiatría y el psicoanálisis estadounidense; sin embargo, hacer una aseveración de este tipo significaría un error histórico-conceptual, ya que la convergencia entre psiquiatría y psicoanálisis únicamente sirve como corolario para entender parcialmente cómo estaba organizado el campo de la salud mental a partir del cual surgió la terapia familiar. Es decir, “antecedentes” y “orígenes” son dos categorías diferentes que sirven para describir de manera histórica el desarrollo de un campo disciplinar.

Asimismo, para comprender en su complejidad los “antecedentes” de este campo disciplinar, es necesario acercarse a los diferentes movimientos sociales que surgieron en Estados Unidos, y cuya intención fue la de establecer medidas para prevenir los trastornos mentales, tal como el movimiento de higiene mental, las clínicas de seguimiento infantil, el movimiento de educación para la vida familiar y la consultoría matrimonial (De Jesús- Ventura, 2010). Y si lo que se desea es conocer los “orígenes” de la terapia familiar sistémica, la atención debe centrarse entonces en las primeras investigaciones con familias de pacientes esquizofrénicos y las teorías epistemológicas basadas en la cibernética, que sirvieron como fundamento y marco explicativo de este campo disciplinar.

Referencias

- Alexander F. G. y Selesnick S. T. (1970). *Historia de la psiquiatría: Una evaluación del pensamiento psiquiátrico desde los tiempos prehistóricos hasta nuestros días*. Barcelona: Editorial Espaxs.
- Broderick, C. B. y Schrader, S. S. (1981). The history of professional Marriage and Family Therapy. En A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of Family Therapy Vol. 1* (pp.5-35). New York: Brunner/Mazel.

- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Prentice Hall.
- Cushman, P. (1995). Psychotherapy to 1992: A Historically situated interpretation. En D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 21-64). Washington, D.C: American Psychological Association.
- De Jesús-Ventura, D. (2010). *Relevancia de Don D. Jackson en el campo de la Terapia Familiar Sistémica: Una aproximación historiográfica*. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM-FES Zaragoza.
- Delahanty, G. (2006). Frieda Fromm-Reichmann y la psicoterapia intensiva en la esquizofrenia. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39 (1), 12-23.
- Evans, F. B. (1996). *Harry Stack Sullivan: Interpersonal Theory and Psychotherapy*. London: Routledge.
- Funk, R. (1987). *Fromm: vida y obra*. Buenos Aires: Paidós.
- Funk, R. (1999). *Erich Fromm: El amor a la vida*. España: Paidós.
- Guerin, P. J., Jr. (1976). Family therapy: The first twenty-five years. En P. J., Jr. (Ed.), *Family Therapy: Theory and practice* (pp. 2-22). New York: Gardner.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de terapia familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Knight, R. (1960). La situación del psicoanálisis organizado en los Estados Unidos. En R. Knight & C. Friedman (Dirs.), *Psiquiatría Psicoanalítica: Psicoterapia y Psicología clínica* (pp.17-42). Buenos Aires: Hormé.
- Nos Llopis J. (1995). La escuela norteamericana de la Psicología del Yo. *Anuario de Psicología*, (67), 41-50.
- Nos Llopis J. (2009). Historia del psicoanálisis estadounidense desde sus orígenes hasta la Segunda Guerra Mundial. *Revista de Psicoanálisis*, Tomo LXVI (1), 57-77.
- Mitchell, S. & Black, M. (2004). *Más allá de Freud: Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Barcelona: Herder.
- Ortmeyer, D. (1997). Revisiting our psychoanalytic roots: The early interpersonalists. *Contemporary Psychoanalysis*, 33, 313-322.

Postel, J. & Quétel, C. (2000). *Nueva historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.

Reyes, V. (2002). Karen Horney, una pionera de la ruptura con el modelo freudiano para explicar la psicología femenina y el desarrollo humano sano y neurótico. *Apuntes de Psicología*, 20 (2), 307-322.

Indicadores de adherencia al tratamiento antiretroviral de una población mexicana VIH+

Carolina Santillán Torres Torija¹¹, Gerardo Vázquez Cruz,
Sergio Noguez Noguez, Aura Cecilia Jaimes Hernández y
María Isabel Martín Chapa

*Universidad Nacional Autónoma de México,
Facultad de Estudios Superiores de Iztacala*

Resumen

La adherencia al tratamiento antirretroviral exige que sea de más del 95% para obtener sus máximos beneficios. La bibliografía reporta una prevalencia de adherencia subóptima en gran parte de los países industrializados. El objetivo de este trabajo es evaluar la prevalencia de adherencia terapéutica a través de indicadores biológicos y el autoinforme en una población mexicana. Los resultados mostraron que la presente población, formada por 109 participantes de entre 37 y 69 años, cuyos ingresos en su mayoría fueron de entre \$1,500 y \$3,000 pesos mexicanos mensuales, muestran altos niveles de adherencia a través de pruebas de laboratorio y medidas de autoreporte (83.7% de participantes con cargas virales indetectables). Aunque el presente trabajo solo usa un indicador, los resultados podrían ir en la línea de algunos hallazgos recientes en algunos países de África han puesto en duda que la situación de pobreza esté necesariamente asociada a una adherencia subóptima. Se concluye que la adherencia es una conducta multideterminada y que es necesario el empleo de diversas medidas de adherencia que conformen índices confiables, así como de incorporar variables psicológicas.

¹¹ carolina.santillan@comunidad.unam.mx

Palabras clave: adherencia terapéutica, VIH, antiretrovirales

Abstract

Over 95% of adherence to antiretroviral treatment is required in order to get maximum benefits. The literature reports a prevalence of suboptimal adherence in much of the industrialized countries. The aim of this study was to assess the prevalence of adherence by self-report and biological markers in a Mexican population. The results show that this population, consisting of 109 participants between ages of 37 and 69, whose monthly earnings were mostly between \$ 1,500 and \$ 3,000 Mexican pesos, show high adherence rates through laboratory tests (83.7% of participants with undetectable viral loads). Findings are consistent with recent reports in some African countries, which brings up the question that if poverty necessarily associated with suboptimal adherence. Authors conclude that adherence is a multidetermined behavior, and that the use of different measures of adherence that conform reliable indices is needed.

Keywords: Adherence, HIV, Antiretrovirals.

Introducción

Las muertes asociadas al VIH/SIDA han disminuido significativamente en los últimos años, en gran medida debido al incremento en el acceso al tratamiento antirretroviral (TAR) de calidad. Dentro de Latinoamérica, México es uno de los países que, junto con Brasil y Costa Rica, han logrado tener acceso universal al tratamiento (García, Bayer y Cárcamo, 2014). Este es un logro que ha tomado dos décadas. Antes del 2001, el 29% de los pacientes que iniciaban tratamiento

con antiretrovirales recibían terapia antiretroviral altamente activa (TAR por sus siglas en inglés) después de 2001 esta cifra aumentó a 90% (Caro-Vega, Volkow, Sierra-Madero, Colchero, Crabtree-Ramírez y Bautista-Arredondo, 2013).

En el mundo, para el 2011, se estima que fallecieron cerca de 1.7 millones de personas debido a causas relacionadas al VIH/SIDA, lo que representa una importante reducción al

compararse con los 2.3 millones que se estimaron en 2005 (ONUSIDA, 2012). La adherencia a los medicamentos antiretrovirales es fundamental para que las personas que viven con VIH/SIDA tengan una mayor esperanza y calidad de vida. Sin embargo, la adherencia al TAR es una conducta compleja.

Berlant y Pruitt (2003) definen la adherencia terapéutica como la frecuencia, intensidad o exactitud aceptable de conductas específicas, dadas las circunstancias, que están asociadas con la mejoría en los resultados clínicos. Estos autores mencionan que la adherencia está influida por una multiplicidad de factores relacionados con el paciente, con el proveedor de servicios de salud y con los niveles de la organización encargada del cuidado de la salud. La falta de adherencia tiene un impacto negativo para la familia, las personas y los países. Entre algunas de sus consecuencias se encuentran el ausentismo laboral, la discapacidad, la muerte prematura, los gastos en el propio tratamiento, el entierro, la viudez y la orfandad. Este autor considera que el VIH / SIDA no es un padecimiento que el individuo afronta de forma individual, pues las afectaciones, no de estar infectado de este virus, sino de no seguir el tratamiento tiene efectos en cadena. En primer

lugar, el trabajador comienza a ausentarse por presentar complicaciones de la enfermedad, lo que es seguido de una discapacidad que lo dejará al auspicio de su familia o su red social cercana. En esta fase si el deterioro continúa, la persona puede llevar a la familia a utilizar todos sus recursos económicos y humanos para gastos de tratamiento, visitas a la sala de urgencias, hospitalizaciones y en casos extremos, la muerte, que implica también un gasto económico para el que la familia no estaba preparada, y tampoco preparada estaba para la pérdida del familiar el cual puede a su vez dejar desprotegidos a sus hijos o pareja. El desgaste que significa este camino tanto para la persona VIH positiva como para su familia puede ser altísimo, generando sentimientos de desesperanza, ansiedad e incluso, para los cuidadores primarios, el síndrome de burnout o sentirse quemado. El gasto anual estimado para Latinoamérica y el Caribe por paciente en TAR, usando precios estándar internacionales y las combinaciones de TAR en uso en esta región es de US\$508 (Organización Panamericana de la Salud, 2012). Scalera, Bayoumi, Oh, Risebrough, Shear y Lin-in Tseng (2002), también hacen un análisis de las implicaciones clínicas y económicas de la falta de adherencia al TAR en la infección del VIH, y

resaltan, que aunque el uso del TAR cambió dramáticamente la historia del VIH, al significar una opción para el aumento de la esperanza de vida de los pacientes, exige un 95% de adherencia para obtener sus máximos beneficios, lo cual requiere de habilidades conductuales muy particulares (Fisher, Fisher, Amico y Harman, 2006).

Hace más de una década, la mayoría de la bibliografía mostraba una tendencia a la adherencia subóptima al TAR dentro de los países en desarrollo (Knobel, Guelar, Carmona, Espona, González, López-Colomé, Saballs, Gimeno, y Díez, 2001; Pinheiro, de-Carvalho-Leite, Drachler, y Silveira, 2002). Sin embargo, recientemente algunos estudios han revelado una tendencia a la adherencia óptima en algunos países en desarrollo en donde la situación económica, es menos favorecida (Laurent, Diakhaté, Gueye, Touré, Sow, Faye, Gueye, Lanièce, Touré Kane, Liégeois, Vergne, Mboup, Badiane, Ndoeye, y Delaporte, 2002).

Aunque al VIH/SIDA se le ha llamado una pandemia de la pobreza (Pellowski, Kalichman, Matthews y Adler, 2013; Pellowski, Kalichman, Matthews, y Adler 2013; Rolnick, Pawloski, Hedblom, Asche, Bruzek, 2013), y el debate

prevalece si el solamente la pobreza lo que impide que las personas se adhieran al tratamiento o son otras variables psicológicas relacionadas con el paciente las que predicen la adherencia. Uno de los estudios que hace énfasis en esta situación es el de Mills, Nachega, Buchan, Orbinski, Attaran, Singh, Rachlis, Wu, Cooper, Thabane, Wilson, Guyatt, y Bangsberg (2006), cuyo objetivo fue evaluar las estimaciones de adherencia al TAR en países de África subsahariana y Norteamérica a través de un meta análisis. Estos autores se preguntaban si existía una justificación para preocuparse por la baja adherencia en países africanos, y si ésta se relacionaba sólo con la pobreza. Encontraron que, a diferencia de países con altos recursos económicos, en donde también los pacientes con bajos recursos han mostrado baja adherencia, los países de África sub-sahariana presentan niveles de adherencia de un 77%, comparada con el 55% de Norteamérica. Los autores se explican estos resultados cuestionando si la pobreza por sí misma está asociada con la adherencia, o serán otros factores los que la predicen. En Norteamérica, comentan, se ha encontrado que son la relación médico paciente, la depresión no tratada, y el abuso de sustancias, entre otros factores, los que están asociados a la baja

adherencia, y que probablemente los factores asociados a la adherencia en África son muy diferentes a los de Norteamérica. Este estudio también llama la atención sobre la medición de la adherencia y la limitación en la interpretación de sus resultados al comparar estimaciones de adherencia, pues la mayor parte de los estudios que tomaron en cuenta usan el autoinforme el cual tiene sesgos inherentes.

En México, de los 38,510 pacientes que tenían seis meses o más en TAR al 7 de diciembre del 2000, el porcentaje de pacientes con carga viral <400 copias fue de 58.6%, al 31 de marzo del 2011 de 65.7% y al 30 de junio del 2014 de 77.7% (Secretaría de Salud, 2014). Estos datos indican un grado de avance en nuestro país. Por entidad, siguen habiendo retos, pues existen casos, Quintana Roo, que es un estado en el que casi el 40% de sus habitantes se encuentran en la pobreza, y un 8% en pobreza extrema (SEDESOL, 2014), por ejemplo, en el que estas estimaciones de adherencia siguen siendo bajas (31.7%).

Un asunto importante, como mencionamos anteriormente, es la evaluación de la adherencia al TAR. Johnson y Carlson (2004) hablan de indicadores para evaluar la adherencia terapéutica. En primer, mencionan los autores,

están los indicadores de salud, por ejemplo pruebas de laboratorio que miden el conteo de las células CD4 y la carga viral. En segundo lugar, están los informes proporcionados por el personal médico, en tercer lugar existen las observaciones conductuales, en cuarto lugar el recuento de la medicación sobrante, en quinto lugar está la entrevista personalizada o el auto reporte, en sexto lugar la monitorización electrónica y por último el control de la dispensación. Aunque se sabe que la adherencia es clave para la efectividad del TAR, existe una gran controversia sobre si existe un "estándar de oro" para su medición, cada indicador tiene fortalezas y debilidades, y cada uno descansa en supuestos específicos (Williams, Amico, Bova, y Womack, 2013).

En resumen, la mortalidad por VIH se ha reducido de manera significativa gracias al acceso a los medicamentos antiretrovirales, pero la adherencia en este padecimiento sigue siendo una conducta compleja cuya medición incluye diferentes tipos de conductas. La bibliografía indica la prevalencia de un debate sobre la relación existente entre muchas variables asociadas con la adherencia, una de ellas, la pobreza. Los autores queremos conocer si realmente nos encontramos hacia un probable

cambio en los patrones de adherencia al TAR, y qué relación tendrá una población con adherencia óptima y sus ingresos económicos. Consideramos que para llevar a cabo esta estimación, hace falta tener al menos una combinación de medidas de autoreporte junto con marcadores fisiológicos para darle solidez a los datos.

El objetivo de este trabajo, entonces, es evaluar la prevalencia de adherencia terapéutica a través de indicadores biológicos y el autoinforme en una población mexicana de bajos ingresos económicos y conocer si ésta es óptima o subóptima.

Método

Participantes

109 pacientes mayores de 18 años portadores del VIH/SIDA pertenecientes al Programa S.A.I. (Servicio para la Atención Integral de Personas con VIH/SIDA) del Hospital General de Atizapán. 63% hombres, 37% mujeres de entre 18 y 69 años de edad (Media 37.67 años D.E. 10.97). 70.6% de los participantes reportaron vivir con sus familias, 61.7% tenían hijos, la mayoría de los pacientes tenían ya sea educación primaria o educación secundaria. Las estadísticas descriptivas de esta muestra se reportan en la Tabla 1.

En relación con la situación económica, 18% de los participantes reportan no tener ingresos económicos de los cuales 12 son mujeres y 6 son hombres, 58% reportaron un ingreso mensual muy bajo, de entre \$1,500 - \$3,000 pesos mexicanos mensuales (20 mujeres y 41 hombres). El resto de los participantes (24%) cuenta con un ingreso superior a los \$3,000 pesos mexicanos. Las diferencias por género son estadísticamente significativas ($\chi^2 = 10.656$ $p = .031$). En cuanto a la situación laboral, casi la tercera parte de los participantes no están trabajando en este momento ($n = 35$).

Tabla 1

Características Sociodemográficas de los Participantes

Variable	N	%
Sexo		
Mujeres	40	37
Hombres	68	63
Edad en años		
18 – 29	31	28.4
30 – 37	28	25.7
38 – 45	25	22.9
36 – 69	28	25.7
Vive con		
Solo	12	11.0
Pareja	17	15.6
Amigos	3	2.8
Familia	77	70.6
Tiene hijos		
No	41	38.3
Sí	66	61.7

Estado civil

Soltero	47	43.9
Casado	17	15.9
Unión libre	25	23.4
Divorciado	8	7.5
Viudo	10	9.3

Nivel de estudios

Ninguno	5	4.6
Estudios de Primaria	34	31.2
Estudios de Secundaria	34	31.2
Estudios de Preparatoria	15	13.8
Carrera técnica	14	12.8
Universidad	7	6.4

Situación laboral

Nunca ha trabajado	4	3.7
Trabaja medio tiempo	7	6.4
Trabaja por su cuenta	43	39.4
Tuvo que dejar de trabajar	21	19.3
Desempleado	10	9.2
Trabaja tiempo completo	24	22.0

Ingreso

\$1,500 - \$3,000	62	57.9
\$3,000 - \$4,500	19	17.8
\$4,500 - \$6,000	5	4.7
\$6,000 - \$9,000	3	2.8
Sin ingresos	18	16.8

Nota: n= 109

Instrumentos

En el presente estudio de diseño transversal se midieron algunos indicadores de adherencia al TAR a través de los indicadores de salud y el autoreporte.

Indicadores de salud:

Carga viral (CV). Prueba de laboratorio en sangre la cual identifica el nivel de virus en sangre el cual puede ir desde menos de 500 copias (indetectable), hasta más de 20,000 copias (lo cual indica una rápida progresión de la enfermedad, detectable).

Niveles de CD4 en sangre (CD4): Variable atributiva Continua. Prueba de laboratorio en sangre la cual identifica el nivel de funcionamiento del sistema inmune, normalmente es de 800 a 1,200. Ambos indicadores se recabaron del expediente de los

pacientes, quienes en su mayoría se realizan esta prueba cada seis meses.

Indicadores de autoreporte:

Cuestionario de Adherencia Adults Aids Clinical Trial Group (AACTG) de Chesney, et al (2000), que incluye: a) Adherencia en los últimos tres días (variable categórica). Compara la dosis recetada por el médico versus las dosis que el paciente realmente tomó. Con base a las dosis recetadas, se obtuvo el porcentaje de dosis tomadas en los últimos tres días y el participante se clasificó como paciente con adherencia óptima o subóptima, b) Seguimiento en el Horario, con cuatro niveles (variable continua): (0) Nunca, (1) Algunas veces, (2) Cerca de la mitad de las veces, (3) La mayoría de las veces, (4) Todo el tiempo, c) Adherencia en el último fin de semana, variable categórica, con dos categorías (0) No, (1) Sí, y d) Adherencia en los últimos tres meses con seis

niveles: (0) Durante la última semana, (1) Hace de 1 a 2 semanas, (3) Hace de 3 a 4 semanas, (4) Hace de 1 a 3 meses (5), Hace más de tres meses, y (6) Nunca dejo de tomar mis medicamentos, variable continua. Aunque todavía no ha sido validado ni confiabilizado en México, este instrumento ha sido empleado en al menos seis estudios clínicos aleatorizados ampliamente disseminados entre investigadores norteamericanos y del extranjero para medir adherencia en poblaciones de ingresos económicos mediano-altos como Sudáfrica (Adefolalu, Nkoski, Olorunju y Masemola, 2014), en países mediano-bajos como la India (Kleinman, Manhart, Mohanraj, Kumar, Jeyaseelan, Rao, y Simoni, 2015), bajos ingresos económicos como Nigeria (Agbaji, Thio, Meloni, Graham, Muazu, Nimzing, Idoko, Sankalé, Ekong, Murphy, Kanki y Hawkings, 2013) y en estudios en donde se ha traducido al español y al italiano (Collier, Ribaud, Mukherjee, Feinberg, Fischl y Chesney, 2005). En México ha sido usado por Balandrán, Gutiérrez y Romero (2013).

Procedimiento

El presente estudio se llevó a cabo con la anuencia de las autoridades del Hospital. Un investigador previamente capacitado acudió a la sede seleccionada para hacer una invitación a los

pacientes a participar en el estudio, aplicar los instrumentos de evaluación y a recabar información directamente del expediente de los participantes. En la biblioteca del Hospital el investigador explicó a los participantes el motivo de su presencia y las características del instrumento que tenían que responder. Se aclararon dudas y se enfatizó que su participación sería voluntaria y que las respuestas que se obtuvieran serían anónimas y confidenciales. El instrumento en la mayoría de los casos fue leído a los participantes debido a su baja comprensión lectora. Aproximadamente cada participante respondió a la evaluación en 10 minutos.

Resultados

La media del conteo de CD4+ al momento de realizar la evaluación fue de 535.17. No existen diferencias significativas al comparar la media del conteo de los CD4+ con ninguna de las variables sociodemográficas. Usando un análisis de correlación tampoco mostró estar asociado a ninguna de las variables excepto por la variable de carga viral de un año ($r = -.347$ $p = .001$). El 86.7% de los pacientes de esta muestra reportaron en cargas virales indetectables. Por otro lado, al comparar los indicadores de autoreporte, en el caso de dosis recetadas vs el

número de dosis que los participantes tomaron en los últimos tres días, el 93.5% de los pacientes afirman haber tenido una adherencia mayor al 95%. Para el seguimiento del horario en la toma de los medicamentos, el 43.5% de la muestra reporta seguir el horario específico para la toma de medicamento “la mayoría de las veces”, y el 40.7% de la población refiere seguir el horario en la toma de sus medicamentos “todo el tiempo”. Ante la pregunta, “Algunas personas olvidan tomarse sus pastillas los fines de semana. ¿Usted dejó de tomar alguno de sus medicamentos en el último fin de semana, es decir el, sábado o domingo pasado?”, el 79% de los participantes indicaron que “No” y el 21% de la muestra indicó

que “Sí”. Finalmente la adherencia en los últimos tres meses, la cual fue evaluada con el reactivo “¿Cuándo fue la última vez que dejó de tomar sus medicamentos?”, el 46.3% de los participantes afirman que no han dejado de tomar sus medicamentos en los últimos tres meses, mientras que el 17.6% de los pacientes refieren haber olvidado tomar sus medicamentos en algún punto hace más de tres meses, el 16.7% de los participantes olvidaron tomar sus medicamentos en algún punto hace de uno a tres meses, y el 12% reporta haber olvidado tomar sus medicamentos durante la última semana (Tablas 2, 3, 4, 5, y 6).

Tabla 2. Adherencia a través de indicadores de salud, Carga Viral.

	N	%
Detectable	4	4.3%
<i>Indetectable</i>	90	95.7%

Nota: n= 94

Tabla 3. *Adherencia autoinformada*

Medida de adherencia	N	%
Dosis recetada vs dosis tomada en los últimos tres días		
Adherentes más del 95%	100	93%
Adherencia menos del 95%	7	7%

Nota: n= 107

Tabla 4. *Seguimiento del horario, la mayoría de los medicamentos deben tomarse según un horario, como "2 veces al día", "3 veces al día", o "cada 8 horas". ¿Qué tan de cerca siguió usted su horario específico durante los últimos cuatro días?*

Nunca	3	2.8
Algunas veces	8	7.4
Cerca de la mitad de las veces	6	5.6
La mayoría de las veces	47	43.5
<i>Todo el tiempo</i>	44	40.7

Nota: n= 108

Tabla 5. *Toma de medicamentos en el último fin de semana. "Algunas personas olvidan tomarse sus pastillas los fines de semana. ¿Usted dejó de tomar alguno de sus medicamentos en el último fin de semana, es decir el, sábado o domingo pasado?"*

Sí	22	21%
No	83	79%

Nota: n= 105

Tabla 6. *Toma de medicamentos en los últimos tres meses. "¿Cuándo fue la última vez que olvidó tomar sus medicamentos?"*

Durante la última semana	13	12.0
Hace de 1 a dos semanas	5	4.6
Hace de 3 a 4 semanas	3	2.8
Hace de 1 a 3 meses	18	16.7
Hace más de tres meses	19	17.6
<i>Nunca dejó de tomar mis medicamentos</i>	50	46.3

Nota: n= 108

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo describir la prevalencia en la adherencia al TAR en un grupo de pacientes mexicanos apoyándose en tanto en marcadores biológicos como en medidas de autoreporte. Un objetivo particular fue conocer si esta población representa la tendencia a la adherencia subóptima que ha preocupado a la comunidad académica dedicada al estudio de este tema, así como a las instituciones encargadas de monitorear adherencia al TAR. Los resultados muestran que esta población, se encuentra en una situación económica adversa de bajos

recursos económicos. Los criterios socioeconómicos empleados permitieron caracterizar a los participantes como de bajos recursos, pues la muestra presenta de manera predominante ingresos menores a los \$3,000 pesos mexicanos mensuales, una tercera parte de la misma sin empleo actual, casi dos terceras partes de ella solo con educación primaria y secundaria y, más de la mitad de los participantes afirman tener hijos. A pesar de esto, en general la muestra tiene adherencia óptima y adecuados niveles de células CD4. Estos hallazgos coinciden con los de Orrell, Bangsbert, Badri y Wood (2003), quienes evaluaron a un grupo de indigentes en

Ciudad del Cabo, Sudáfrica y encontraron que el 93.5% de la población mostraba adherencia óptima y el 70.9% tenían una carga viral de <400 copias. Estos niveles de adherencia y los encontrados en el presente estudio son iguales o mejores que los mostrados por poblaciones urbanas en países de primer mundo. Los autores mencionan que los pacientes en situación de pobreza de África subsahariana pueden mostrar experiencias exitosas en el manejo de la adherencia al TAR, cuando las barreras económicas del acceso al TAR son eliminadas. Lo mismo queda probado en el presente estudio, sin embargo hay que advertir, como lo mencionan Shelton, Cassell y Adetunji (2005) que el enfoque una relación positiva entre la pobreza y riesgo para contraer VIH, pero investigaciones futuras, como la de Santillán, Villagrán, Robles y Eguiluz (2015), serán necesarias para seguir indagando qué factores están relacionados con qué indicadores de adherencia, pues los participantes de este estudio, mostraron en su gran mayoría adherencia óptima (cargas indetectables en sangre y bajos conteo de células CD4), pero una adherencia subóptima a través del autoreporte.

Llama la atención la información revelada en las cuatro medidas de adherencia obtenidas a través del autoreporte (dosis recetada vs dosis tomada

en los últimos tres días, seguimiento del horario, toma de medicamentos en el último fin de semana, y la toma de medicamentos en los últimos tres meses). Vale la pena mencionar que las cuatro medidas se tomaron en el mismo momento, pero los participantes solo afirman tener adherencia óptima en el seguimiento de las dosis en los últimos tres días, los otros tres indicadores de adherencia no siguen este patrón. Lo anterior podría hablarnos de la complejidad de la adherencia, y de cómo en el caso de la TAR no es suficiente sólo tomar el mismo número de medicamentos indicados por el profesional de la salud. Ser adherente implica tomar las dosis indicadas, tomarlas a tiempo, todos los días, a lo largo de la vida, en toda circunstancia.

La generalización de los datos obtenidos no es posible debido al limitado tamaño de la muestra, sin embargo, una de las aportaciones que le dan fortaleza a este estudio, es que utiliza tanto marcadores biológicos como indicadores de adherencia autoinformada a través de un instrumento ampliamente usado en la bibliografía internacional. Kalichman, Rompa, y Cage (2000) mencionan que una limitación de los estudios sobre adherencia es que se basan únicamente en medidas de autorreporte. Los autores afirman que por un lado los reportes de niveles de CD4 y

carga viral frecuentemente son inexactos, y por otro, que las medidas de adherencia autoinformada tienden a tener un sesgo hacia el “sobre reporte” de la adherencia. Ante este escenario los autores señalan que existe una gran necesidad de contar con varias medidas objetivas de adherencia, para que los resultados de las investigaciones provean de información potencialmente útil para diseñar intervenciones hacia la mejora de la adherencia. También Liu, Golin, Miller, Hays, Beck, Sanandaji, Christian, Maldonado, Duran, Kaplan, y Wenger (2001) señalan que distintas medidas aplicadas al mismo paciente sugieren distintos niveles de adherencia. Lo ideal sería usar una “medida resumen” que combine varias mediciones. Haubrich, Little, Currier, Forthal, Kemper, Beall, Johnson, Dubé, Hwang, y McCutchan (1999), sumándose al debate, comentan que los métodos clínicos prácticos para evaluar la adherencia no han sido validados, ni han demostrado predecir los resultados en los marcadores biológicos. Catz, McLure, Jones y Brantley (1999) indican que hace falta integrar al menos dos indicadores adicionales como son la asistencia citas médicas, por ser uno de los primeros pasos para prolongar la vida, y mejorar la calidad de ésta, y una de dos: el reporte del médico que atiende al participante,

o el informe de algún familiar o amigo que participe usando el método de terapia directamente observada modificada (TDO-M). Al final, sería también relevante conocer si el conjunto de estas medidas de adherencia se correlacionan para apoyar la confiabilidad de la evaluación como lo hicieron Fong et al. (2003), quienes evaluaron la adherencia a través del autoreporte, y la adherencia a través de pruebas de laboratorio y encontraron que era más probable que aquellos pacientes que tuvieran cargas virales indetectables, hubieran auto informado tener adherencia.

Finalmente queremos resaltar un detalle adicional al respecto de la medición de la adherencia a través de marcadores biológicos: en muchas ocasiones ni el profesional de la salud, ni los pacientes tienen acceso a éstos por no contar con el equipo especializado. Esto, por una parte, complica al interesado en investigar el tema de la adherencia, pues limita el campo de investigación a hospitales de alta especialidad que cuentan con dicho equipo, y por otra puede obligar a los investigadores a usar únicamente medidas de autoinforme. El beneficio de que todos los pacientes mexicanos en terapia antirretroviral contaran con estos estudios de laboratorio sería

tanto para los médicos, como los pacientes, así como para los investigadores.

Referencias

- Adefolalu, A., Nkosi, Z., Olorunju, S., Y Masemola, P. (2014). Self-efficacy, medication beliefs and adherence to antiretroviral therapy by patients attending a health facility in Pretoria. *South African Family Practice*, 5, 281-285
- Agbaji, O., Thio, C.L., Meloni, S., Graham, C., Muazu, M., Nimzing, L., Idoko, J., Sankalé, J.L., Ekong, E., Murphy, R., Kank, P., y Hawkins, C. (2013). Impact of hepatitis C virus on HIV response to antiretroviral therapy in Nigeria. *Journal of Acquired Immune Deficit Syndrome*, 62(2), 204-207.
- Balandrán, A., Gutiérrez, J.P., y Romero, M. (2013). Evaluación de la adherencia antirretroviral en México: adherencia de cuatro días vs. Índice de adherencia. *Revista de Investigación Clínica*, 65(5), 384-391.
- Berlant, N.E. y Pruitt, S.D. (2003). Adherence to Medical Recommendations. En Cohen, L. M., McChargue, D. E., Collins, F.L. (Eds.), *The Health Psychology Handbook*, Cap. 12, 208 - 224. E.U.A. Sage Publications.
- Caro-Vega, Y., Volkow, P., Sierra-Madero, J., Colchero, M.A., Crabtree-Ramírez, B. y Bautista-Arredondo, S.

- (2013). Did universal access to ARVT in Mexico impact suboptimal antiretroviral prescriptions? *AIDS Research and Treatment: Article ID 170417*.
- Catz, S.L., McClure, J.B., Jones, G.N., y Brantley, P.J. (1999). Predictors of outpatient medical appointment attendance among persons with HIV. *AIDS Care, 11*(3), 361-73.
- Chesney, M.A., Ickovics, J.R., Chambers, D.B., Gifford, A.L., Neidig, J., Xwicki, B., y Wu, A.W. (2000). Self-Reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG Adherence Instruments. *AIDS CARE, 12*(3), 256-266.
- Fisher, J.D., Fisher, W.A., Amico, K.R., y Harman, J.J. (2006). An information-motivation-behavioral skills model of adherence to antiretroviral therapy. *Health Psychology, 25*(4), 462-73.
- Fong, O.W., Ho, C.F., Fung, L.Y., Lee, F.K., Tse, W.H., Yuen, C.Y., Sin, K.P., Wong, K.H. (2003). Determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Chinese HIV/AIDS patients. *HIV Medicine, 4*(2), 133-138.
- García, P.J., Bayer, A. y Cárcamo, C.P. (2014). The changing face of HIV in Latin America and the Caribbean. *Current HIV/AIDS Reports, 11*, 146-157.
- Haubrich, R.H., Little, S.J., Currier, J.S., Forthal, D.N., Kemper, C.A., Beall, G.N., Johnson, D., Dubé, M.P., Hwang, J.Y., y McCutchan, J.A. (1999). The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. California Collaborative Treatment Group. *AIDS, 13*(9), 1099-107.
- Johnson, S.B., y Carlson, D.N. (2004). Medical regimen adherence: Concepts, assessment, and interventions. En Boll, T., Raczynski, J. y Leviton, L. (Eds). *Handbook of Clinical Health Psychology* (Vol. 2). Cap. 10, 329 - 345 Washington: American Psychological Association.
- Kalichman, S.C., Rompa, D., y Cage, M. (2000). Reliability and validity of self-reported CD4 lymphocyte count and viral load test results in people living with HIV/AIDS. *International Journal of STDs & AIDS, 11*(9):579-585.
- Kleinman, N.J., Manhart, L.E., Mohanraj, R., Kumar, S., Jeyaseelan, L., Rao, D., y Simoni, J.M. (2015). Antiretroviral therapy adherence measurement in non-clinical settings in South India. *AIDS Care, 27*(2), 248-254.
- Knobel, H., Guelar, A., Carmona, A., Espona, M., González, A., López-Colomé, J.L., Saballs, P., Gimeno, J.L., y Díez, A. (2001). Virologic outcome

and predictors of virologic failure of highly active antiretroviral therapy containing protease inhibitors. *AIDS Patient Care and STDs*. 15(4), 193-199.

Laurent, C., Diakhaté, N., Gueye, N.F., Touré, M.A., Sow, P.S., Faye, M.A., Gueye, M., Lanièce, I., Touré Kane, C., Liégeois, F., Vergne, L., Mboup, S., Badiane, S., Ndoye, I., y Delaporte, E. (2002). The Senegalese government's highly active antiretroviral therapy initiative: an 18-month follow-up study. *AIDS*, 16(10): 1363-1370.

Liu, H., Golin, C.E., Miller, L.G., Hays, R.D., Beck, C.K., Sanandaji, S., Christian, J., Maldonado, T., Duran, D., Kaplan, A.H., y Wenger, N.S. (2001). A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. *Annals of Internal Medicine*. 15; 134(10), 968-977.

Mills, E.J., Nachega, J.B., Buchan, I., Orbinski, J., Attaran, A., Singh, S., Rachlis, B., Wu, P., Cooper, C., Thabane, L., Wilson, K., Guyatt, G.H., y Bangsberg, D.R. (2006). Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. *JAMA*. 9, 296(6), 679-90.

ONUSIDA, (2012). Together we will end AIDS. "UNAIDS / JC2296E". WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 36-40. Revisado el 23 de

septiembre, 2013 en:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/jc2296_unaids_togetherreport_2012_en.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2012). *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS.

Orrell, C., Bangsberg, D.R., Badri, M., y Wood, R. (2003). Adherence is not a barrier to successful antiretroviral therapy in South Africa. *AIDS*, 17(9), 1369-1375.

Pellowski, J.A., Kalichman, S.C., Matthews, K.A., y Adler, N. (2013). A pandemic of the poor: social disadvantage and the U.S. HIV epidemic. *American Psychologist*, 68, 197-209.

Pinheiro, C.A., de-Carvalho-Leite, J.C., Drachler, M.L., y Silveira, V.L. (2002). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients: a cross-sectional study in Southern Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 235(10), 1173-81.

Rolnick, S. J., Pawloski, P. A., Hedblom, B. D., Asche, S. E., y Bruzek, R. J. (2013). Patient Characteristics Associated with Medication Adherence. *Clinical Medicine and Research*, 11, 54-65.

Santillán, C., Villagrán, G., Robles, S. y Eguiluz, L. (en prensa). Adherence to ART in a HIV+ Clinic Mexican Sample. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*.

Scalera A., Bayoumi, A.M., Oh, P., Risebrough, N., Shear, N., Ly in-in y Tseng A., (2002). Clinical and Economic Implications of Non-Adherence to HAART in HIV Infection. *Disease Management & Health Outcomes*, 10(2), 85-91.

Secretaría de Salud (2014). *Boletín No. 25 (Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV)*. México. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/Boletin_Salvar25.pdf [Consultado el 23 de marzo, 2015]

SEDESOL (2014). Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social. http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Informes_pobreza/2015/Estados/Quintana%20Roo.pdf [Consultado el 12 de abril, 2016].

Shelton, J.D., Cassell, M.M., y Adetunji, J. (2005). Is poverty or wealth at the root of HIV? *Lancet*, 24-30, 1057-1058.

Williams, A.B., Amico, K.R., Bova, C., y Womack, J.A. (2013). A proposal for quality standards for measuring medication adherence in research. *AIDS and Behavior*, 17(1), 284-297.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las autoridades, personal y a los pacientes del S.A.I. en Hospital General de Atizapán por su colaboración en la realización de este estudio, al CONACyT, al COMECyT, y COMEXUS, a través de las becas Fulbright-García Robles por su apoyo para culminar esta investigación doctoral.

Desarrollo de la Psicología en la Educación Superior del Estado de México

Ignacio Morales Hernández, María del Carmen Farfán García,
Enrique Navarrete Sánchez, Gonzalo Velasco Flores¹²

Universidad Autónoma del Estado de México

Resumen

Explorar las instituciones de Educación Superior en la enseñanza de la psicología del Estado de México. Analizar el desarrollo experimentado realizando trabajo de campo exploratorio utilizando encuesta apoyada en las TIC. Los resultados bosquejan la situación de la Enseñanza de la psicología en el Estado de México.

¹² Ignacio Morales Hernández. Profesor-Investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México, licenciado en Psicología y Maestro en Educación Media Superior, grados obtenidos en la misma universidad; pertenece al Cuerpo Académico: "Actores y procesos académicos de la educación" y es Perfil PROMEP. Docente en las Unidades académicas de Orientación Vocacional, Taller de la Entrevista, Taller de Psicometría Educativa, Fundamentos de Psicología y Estancia Integral Profesional I y II. Correo electrónico: imh@uaemex.mx

María del Carmen Consuelo Farfán García. Profesora-Investigadora de Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México, licenciado en Psicología y Maestra en Planeación y Evaluación de la Educación Superior, grados obtenidos en la misma universidad; Doctorado en Investigación Psicológica en la Universidad Iberoamericana, pertenece al Cuerpo Académico: "Actores y procesos académicos de la educación" y es Perfil PROMEP. Docente en la Licenciatura en Psicología en las materias Entrevista Psicológica e Integración de Recursos Humanos y Docente en posgrado en las Maestrías de Práctica Docente y Psicología, así como en el Doctorado en Ciencias con énfasis en Psicología. Correo electrónico: mcfarfang@uaemex.mx

Enrique Navarrete Sánchez. Licenciatura en Psicología, Facultad de Ciencias de la Conducta. Maestría en Estudios para la Paz y el Desarrollo por la Universidad Autónoma del Estado de México. Doctorado en Educación: Diagnóstico, Medida y Evaluación de la Intervención Educativa (candidato) Universidad Anáhuac, Universidad Complutense de Madrid. Maestría en Tanatología, Instituto Mexicano de Psicooncología, Doctorado en Ciencias para la Familia. ENLACE. Es Profesor-Investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias de la Conducta con Perfil PROMEP y Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Integrante del Cuerpo académico: "Actores y procesos académicos de la Educación", Docente en Licenciatura y en Posgrado en las Maestrías en Psicología y Práctica Docente que están reconocidas por el PNPC de CONACYT, además de Docente en el Doctorado en Ciencias con énfasis en Psicología de la misma UAEMéx. Correo electrónico: navarrete_le@hotmail.com

Gonzalo Velasco Flores. Estudiante de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias de la Conducta y becario del programa de investigación de la Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados de la UAEMéx. Correo electrónico: licgonzalovelasco@gmail.com

Se ratifica lo referido por Mouret y Ribes en 1977, Preciado en 1989, y Díaz, Cruz, Aguilar y Vargas. 2010, confirmando el crecimiento desordenado de la psicología en el ámbito de la educación superior, así como la percepción de que la enseñanza de la psicología en el país presenta en su desarrollo una tendencia de crecimiento incontrolada y anárquica, además de la propensión a reproducir esquemas de estructuración y transmisión del conocimiento psicológico sin un análisis de la situación donde se establecen las instituciones.

Palabras clave: Educación superior, psicología, enseñanza, formación profesional.

Abstract

The current work explores psychology teaching in higher education institutions in the State of Mexico. Analyzes the experienced development performing exploratory work field using ICT-based survey. The results outline the situation of psychology teaching in the State of Mexico.

We endorse what Mouret and Ribes in 1997, Preciado in 1989 and Díaz, Cruz, Aguilar y Vargas in 2010, said. Proving psychology's disordered growth in higher education as well as the perception that the teaching of psychology in the country is currently under an uncontrolled and anarchic development. Furthermore, the proneness to reproduce structuring schemes and psychological transmission of knowledge without an analysis of the situation where colleges are established.

Keywords: Higher education, psychology, teaching, vocational training.

Introducción

El presente artículo describe una exploración con relación a la existencia de Licenciaturas en

Psicología que se imparten en instituciones de Educación Superior, ya sean públicas o privadas, en el territorio del Estado de México, a través de las tecnologías de la información y la

comunicación (TIC); además, presenta un análisis de las diferentes variables que intervienen en la educación para dejar una serie de planteamientos que puedan retomarse como un reto aún más ambicioso hacia la investigación de los actores y procesos académicos de la educación, especialmente enfocada hacia la enseñanza de la psicología en México.

El proceso metodológico que consideramos más apropiado fue la utilización de las computadoras, Internet, y las aplicaciones que pudieran brindar información. Aplicamos una pequeña encuesta que los entrevistados debían responder a través del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), que hoy en día son elementales, para obtener la información más estructurada posible, y a partir de ahí elaborar un mapeo y un directorio de las instituciones pertenecientes al territorio del Estado de México que respondieran a nuestro llamado.

Posteriormente esquematizamos un mapeo y un directorio que unifiquen y partan del conocimiento de la enseñanza de la psicología en el Estado de México, además de dejar un planteamiento a todas las organizaciones nacionales de psicología para dar paso al siguiente proyecto: una investigación de las

escuelas de psicología por cada estado dentro del territorio mexicano. De lograrse, podría también elaborarse un directorio nacional y realizar un estudio nacional de cómo se encuentran y donde están localizadas las escuelas que forman psicólogos en nuestro país, además de realizar un análisis curricular que pueda organizar la enseñanza de la psicología. Esta gran investigación podría replicarse en todos los países de Latinoamérica con la finalidad de abrir las fronteras de la enseñanza de la psicología y dejar el libre tránsito al intercambio y formación de psicólogos latinoamericanos.

Antecedentes

La enseñanza de la psicología en México inicia en 1893 con la cátedra de José María Vigil. Dos años después, Ezequiel Chávez impartió una cátedra de Psicología y Moral (López, Morales, Esquivel, García y Sánchez. 2013). En 1896 se aprueba una reforma al plan de estudios de la ENP y uno de los puntos de acuerdo crea formalmente la cátedra de Psicología experimental (UNAM, 1997). En 1921, la Escuela Nacional de Altos Estudios otorga el primer título de profesor académico en psicología general a Guadalupe Zúñiga Lira, habilitándola para impartir clase en la materia; el grado lo firma José Vasconcelos. Este hito es de

gran importancia para comprender el desarrollo de la psicología en México, principalmente en las instituciones de educación superior. En el país, la enseñanza de la psicología se orientaba por entonces a formar docentes y no psicólogos profesionales, y así continuaría hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX; de hecho es así como llegó al Estado de México (López, Morales, Esquivel, García y Sánchez. 2013).

Durante los años posteriores, la formación de profesionales de la psicología queda en tránsito hacia lo que sería la formalización de la carrera en el país. Vale la pena recordar que para 1950 se crea la Escuela de Psicología de la Universidad Iberoamericana, y que para 1956 se reorganizaba la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, provocando que el entonces Departamento de Psicología se transformara en Colegio de Psicología, lo que da inicio a la enseñanza de forma autónoma e inicia el viaje hacia su reconocimiento como profesión independiente.

El primer plan de estudios de la carrera de psicología con derecho a título profesional se aprobó en 1959. Sin embargo, no fue sino hasta 1974 que se obtuvo el reconocimiento oficial a la carrera de Psicología, que daba derecho a los

estudiantes a obtener la cédula profesional (Zanatta y Yuruen, 2012).

Respecto al reconocimiento legal de la profesión de la psicología en México, desde 1954 una comisión de estudiantes, egresados y pasantes, había solicitado al Senado de la República la inclusión de la psicología en la lista de carreras que requieren cédula para el ejercicio profesional (UNAM, 1997); sin embargo, es hasta el 24 de enero de 1974 cuando la SEP otorga la primera cédula profesional de Licenciatura en Psicología a María R. L. Sánchez, egresada de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Así se reconoce oficialmente a la psicología como una profesión, pues hasta entonces sólo se registraban los títulos (López, Morales, Esquivel, García y Sánchez. 2013).

A partir de la década de los 50, el número de instituciones que ofrecían la carrera de psicología en el país se fue acrecentando, así como las instituciones y los planes de estudio. En los últimos años, el aumento del número de programas ha sido sorprendente, aunque hasta la fecha no se tiene una estadística unificada que indique el número de instituciones que ofrecen la carrera; se dice que existen aproximadamente 900 escuelas de psicología en el país, de las cuales el Consejo para la Enseñanza e Investigación en

Psicología (CNEIP) tiene acreditados 83 programas, y tres más fuera del país (CNEIP, 2015).

La expansión de la psicología se ha caracterizado por un empobrecimiento general de la calidad de sus funciones educativas en lo referente al desarrollo, la renovación y la innovación de la misma como disciplina. De acuerdo con un estudio realizado sobre el estado de la enseñanza de la psicología en el país por Mouret y Ribes, en 1977, citado en Preciado (1989), los problemas más importantes que se manifestaron como consecuencia del crecimiento desordenado de la psicología en el ámbito de la educación superior fueron los siguientes:

- Fundación de escuelas sin objetivos profesionales precisos.
- Carencia de docentes capacitados y de programas previstos para su formación a corto o largo plazo.
- Falta de instalaciones adecuadas para la enseñanza (laboratorios, centros de servicios, etc.).

- Carencia de bibliografía moderna (especialmente en el acervo hemerográfico).
- Deficientes recursos humanos, físicos y económicos para el desarrollo de la investigación.
- Formación de egresados con bajos niveles de aptitud profesional.
- Repetición en las universidades de provincia de la problemática vivida por la UNAM en sus primeros años, al substituirse los docentes psicólogos por otros profesionistas.
- Deformación del perfil profesional del psicólogo.

Tomando como base los señalamientos anteriores, se puede decir en general que actualmente la enseñanza de la psicología en el país presenta dos grandes limitaciones en su desarrollo:

1. Una tendencia incontrolada al crecimiento y expansión anárquicos, con la lógica del mercado como único criterio regulador.

2. Una propensión inveterada a reproducir los esquemas de estructuración, transmisión y ejercicio del conocimiento psicológico establecidos por la UNAM en su desarrollo (Preciado, 1989).

La enseñanza de la psicología en el Estado de México

Con relación a la psicología en el Estado de México, se considera a la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México una de las más relevantes, la cual tiene sus orígenes en 1973, dentro del Instituto de Humanidades. En 1977 logra su independencia física y autonomía académica, recibiendo la denominación que actualmente utiliza por el consejo universitario. A la fecha ha recibido tres modificaciones curriculares, lo que lleva a preguntar ¿qué tan necesario será realizar un estudio que pueda proporcionar información básica para poder realizar un cambio de la enseñanza de la psicología?

La intención de esta investigación ha sido la de proporcionar información que pueda ser de utilidad para redirigir la educación psicológica que se imparte en el estado de México a través de una profunda modificación curricular en esta Facultad.

Mouret y Ribes (1977) reformularon una serie de recomendaciones para un mejor planteamiento de la enseñanza de la psicología en México, a través de los datos proporcionados por una encuesta que aplicó la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior (ANUIES), que surgieron del análisis de la enseñanza universitaria de la psicología en México. Entre otros puntos, señalan la necesidad de llevar a cabo un diagnóstico y evaluación de forma permanente, que permita conocer la eficacia de los programas implantados y las necesidades no satisfechas.

Para 1978, el Dr. Rafael Velasco, en un trabajo leído durante el 2º Congreso Mexicano y 1er. Encuentro Iberoamericano de Psicología Clínica, presentó una serie de datos que fueron obtenidos a través de una encuesta y, algunos otros, por medio de entrevistas personales a directores de escuelas y facultades de psicología. En dicho documento propone una serie de alternativas tales como la revisión de programas académicos para el ajuste a nuevos objetivos de la enseñanza y del ejercicio profesional de la psicología, además de implementar un sistema que permita la evaluación de los programas en vigor (CNEIP, 1978).

Finalmente, en 1979 el mismo CNEIP en el “Taller sobre Análisis de la Currícula en Vigor y Recomendaciones” celebrado en San Miguel Regla, Hidalgo, elaboró una serie de recomendaciones entre las que señaló la elaboración de un instrumento de análisis de la consistencia de los contenidos curriculares (CNEIP, 1979).

Con base en los anteriores argumentos, en la Facultad de Ciencias de la Conducta los estudiantes Adolfo López Suarez, Ma. Guadalupe Parra Dávila, Luis Alfonso Guadarrama Rico, e Ignacio Morales Hernández se dieron a la tarea de plantear una línea de Investigación para realizar sus trabajos de tesis individuales de licenciatura, denominada “Análisis Curricular de la Enseñanza de la Psicología en México” (1979-1980, Tesis, Facultad de Ciencias de la Conducta).

Vale la pena referir que en esos años el directorio del CNEIP y la ANUIES contemplaban solamente 29 escuelas registradas, y al final del trabajo de la línea de Investigación “Análisis Curricular de la Enseñanza de la Psicología en México” para 1980, los tesisistas concluyeron con la existencia de 54 escuelas en todo el país, y de acuerdo a las VIII regiones que en aquel entonces se planteaba como la estructura de la Organización Nacional.

Para 2010, Alma Delia Díaz Díaz, A. D. Cruz Pérez, L. Cruz García, K. Aguilar Morales, J. E. y Vargas Mendoza, J. E., de la Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C., presentaron en las memorias del 3° Congreso Virtual Internacional de Psicólogos Navegantes un documento denominado “Las Escuelas de Psicología en México: Un Directorio Virtual”, donde sostienen que en México no existe una base de datos que incluya la información de todas las escuelas de psicología del país.

Tomando como base el crecimiento vertiginoso y desproporcionadamente acelerado de la enseñanza profesional de la psicología, se plantean los siguientes cuestionamientos: ¿En qué situación se encuentra en la actualidad la enseñanza profesional de la psicología? ¿Cuál ha sido, en general, el proceso de desarrollo experimentado por la misma en cuanto a su enseñanza? Responder someramente a estas interrogantes, conduce a plantear algo más específico: ¿En qué situación se encuentra en la actualidad la enseñanza profesional de la psicología en el Estado de México? Con esto se establece la estructuración de este trabajo.

Hipótesis

De manera usual en la investigación de tipo experimental se plantean hipótesis, sin embargo, en estudios de tipo exploratorio, su planteamiento no es obligatorio. Para este tipo de investigación exploratoria y de tipo ex-post-facto, solamente se plantearán preguntas que guíen el proceso y la indagación de los objetos a investigar. El supuesto básico que justifica esta investigación es que no existe institución de educación superior que contenga información actualizada y unificada de las licenciaturas en psicología en el Estado de México, en el período 2013-2014.

Objetivo

Detectar en el territorio del Estado de México, cuáles y cuántas son las instituciones de educación superior que imparten la licenciatura en psicología en el período 2013-2014, identificando los datos más precisos de los municipios donde se ubican, con la finalidad de elaborar un mapa de ubicación geográfica y diseñar un directorio.

Metodología

Esta investigación pretende desarrollar una línea de Investigación a largo plazo que genere conocimiento y aplicación de lo indagado, teniendo como origen el inicio de una investigación en el territorio del Estado de México como primera fase; como segunda fase, un proyecto más amplio, que cubra el territorio nacional mexicano, y finalmente, un estudio latinoamericano que ubique las escuelas de psicología desde la frontera norte de México hasta la Patagonia.

De acuerdo a Ebel (1969), “[L]a investigación básica en educación se refiere a la recolección de datos que prometan ayudar en la solución de algunos problemas prácticos inmediatos”. Por la trayectoria planteada, se podrá considerar una investigación aplicada, ya que busca proporcionar datos objetivos que sirvan para la probable solución de problemas asociados a la planeación, al diseño curricular o a la prospectiva de la educación superior en el Estado de México, especialmente desde el trabajo que realiza la Facultad de Ciencias de la Conducta en la Licenciatura en Psicología.

Partimos de la realización de un estudio de campo de tipo exploratorio y ex-post-facto apoyado en las tecnologías de la comunicación y la información con los que se cuenta dentro de la institución, tales como Internet, Facebook, Twitter, correo electrónico, las bases de información en red, etc.

Las variables a investigar serán:

- Nombre de la institución
- Programa Educativo
- Modalidad del programa. (Presencial, no presencial, libre, en línea, verano)
- Control Educativo (quien registra y reconoce sus estudios)
- Ubicación geográfica
- Tipo de escuela (pública federal, pública estatal, pública municipal y particular)
- Plan de estudios y mapa curricular (semestre, cuatrimestre, trimestre, bimestre)
- Medios de comunicación

Resultados

El Estado de México se encuentra ubicado en el centro sur del país entre los paralelos 18°21' y 20°17' de latitud norte y 98°36' y 100°36' de longitud oeste. Cuenta con una superficie de 22,499.95 km², que representa el 1.09% de la superficie total nacional, ocupando el lugar 25 respecto al resto de los estados, por su extensión. La entidad mexiquense limita al norte con Querétaro e Hidalgo, al sur con Morelos y Guerrero; al oeste con Michoacán, al este con Tlaxcala y Puebla, y rodea al Distrito Federal. Para 2010 el Estado de México contaba con 15,175,862 habitantes, de los cuales 7,396,986 eran hombres y 7,778,876 mujeres. Se estima que el 27.3% y el 26.9% tienen una edad comprendida entre 15 y 29 años respectivamente. 1,389,577 habitantes de más de 18 años cuentan con nivel de formación profesional; comparándolo con datos del año 2000, en que se registraron 788,057 habitantes en la misma condición; estos datos representan un incremento del 43.2% (INEGI, 2012).

Los datos anteriores dan una idea general de la problemática educativa estatal y su repercusión nacional. Centrando la información en relación a la formación profesional en el área de psicología, actualmente se cuenta con un listado de 129

escuelas dentro del Estado de México que ofertan la licenciatura, en sus modalidades presencial y semipresencial, así como dos escuelas que ofertan la licenciatura exclusivamente en modalidad a distancia. La totalidad de escuelas localizadas ocupa solamente 40 de los 125 municipios del Estado de México.

El listado de escuelas que hemos registrado fue obtenido mediante TIC, utilizando como herramientas básicas las redes sociales, artículos de divulgación y el Sistema de Reconocimiento de

Validez Oficial de Estudios de la SEP; este último cuenta con un registro de 106 instituciones, que contrasta notoriamente con el Directorio Electrónico realizado por Díaz, Cruz, Aguilar y Vargas en 2010, en donde ubican 351 escuelas a nivel nacional y 41 dentro del Estado de México.

Parte del trabajo realizado consistió en el mapeo del total de las instituciones listadas mediante la herramienta Google Maps®, localizadas en el territorio estatal (Fig. 1).

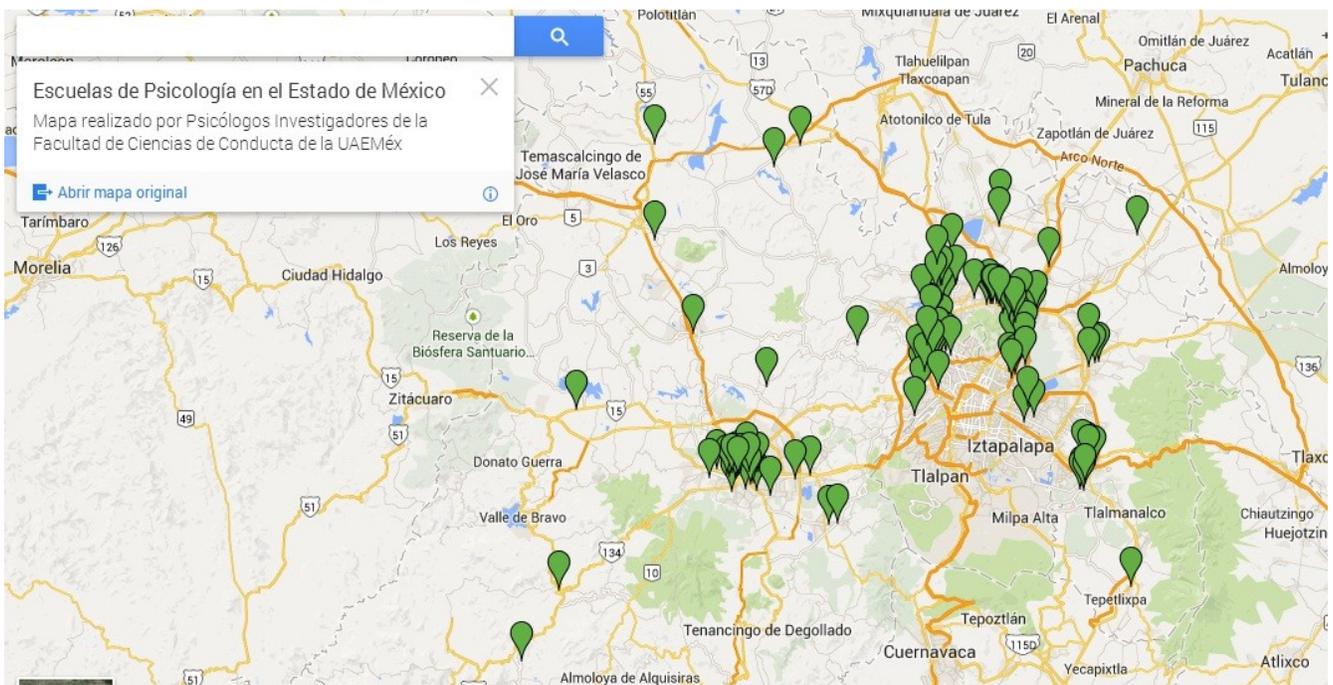


Fig. 1

Esta vista geográfica de la distribución académica, ha mostrado una diadema de instituciones educativas que imparten la licenciatura en psicología en el área conurbada del Distrito Federal, en los municipios de Naucalpan, Atizapán, Tlalnepantla, Ecatepec y Nezahualcóyotl pertenecientes al Estado de México.

Un dato importante, dado que incide en la formación de los psicólogos y en la demanda laboral, es que fuera de la zona mencionada, la zona de Toluca es el municipio donde se localizan 29 escuelas que imparten la licenciatura en psicología, y en las zonas aledañas, como son Zinacantepec, San Mateo Atenco, Lerma, Ixtlahuaca y Atlacomulco se localizan nueve escuelas más, dando un total de 38 instituciones que imparten la licenciatura en psicología, lo que representa un potencial laboral enorme.

Del listado realizado, observamos que en su mayoría, las universidades ofertan la psicología general, y otras con una especialidad, ya sea organizacional, clínica, social y educativa, siendo las más comunes la educativa y la social. La mayoría de las escuelas están registradas ante la SEP, y son mínimas aquellas incorporadas a las universidades autónomas que funcionan en el estado.

Algunas variables son el control educativo —que se refiere a quién autoriza y reconoce los estudios— y el tipo de escuela; la primera está regida bajo el tipo federal, y en la de tipo de escuela, gran parte son de carácter particular; las escuelas públicas son básicamente universidades autónomas.

Análisis y discusión de resultados

En la educación superior y en relación a la formación profesional en el área de psicología, se cuenta con un listado de 129 escuelas que imparten la licenciatura en psicología dentro del Estado de México, en modalidad presencial y semipresencial; estas escuelas ocupan solamente 40 de los 125 municipios del estado, y una escuela oferta la licenciatura exclusivamente en modalidad a distancia.

La tendencia en la distribución de instituciones de educación superior que imparten licenciatura en psicología se concentra en la zona colindante con el Distrito Federal en la región noroeste, siendo los municipios de Coacalco, Atizapán y Cuautitlán Izcalli los que por el momento presentan una carga más grande de universidades, y al sureste en el municipio de Chalco; además de 57 instituciones que se ubican en los municipios más

poblados del territorio estatal, los cuales son Toluca, Tlalnepantla, Ecatepec y Nezahualcóyotl.

Conclusiones

En esta investigación se puede ratificar lo referido por Mouret y Ribes en 1977, Preciado en 1989, y Díaz, Cruz, Aguilar y Vargas en 2010, ya que se puede afirmar el crecimiento desordenado de la psicología en el ámbito de la educación superior, así como percibir que la enseñanza de la psicología en el país presenta en su desarrollo una tendencia de crecimiento incontrolada y anárquica, además de la propensión a reproducir esquemas de estructuración y transmisión del conocimiento psicológico sin un análisis de la situación donde se establecen las instituciones, lo que hace del campo profesional en el Estado de México un tópico por demás interesante de investigar.

A la vez, consideramos que la formación de profesionistas y de investigadores en psicología es una realidad que está en juego actualmente, no por el número de personas que están siendo formadas —eso ya notamos que es alarmante—, sino por la calidad de dicha formación que no tiene régimen ni control en su crecimiento, ni en los contenidos enseñados (Millán, 1982), por lo

cual esto se convierte en un área de estudio y de trabajo para los mismos profesionistas, procurando generar conocimiento y progreso.

Se ratifica el supuesto que indica que no existe institución de educación superior pública o privada que posea un directorio unificado para el conocimiento de escuelas que imparten la licenciatura en psicología en el Estado de México.

Referencias

- Alcaraz, V. M. (1979). Resultados de los talleres de Cocoyoc y de San Miguel Regla. *Enseñanza e Investigación en psicología*, 5 (2). Recuperado desde: <http://biblat.unam.mx/es/revista/ensenanza-e-investigacion-en-psicologia/articulo/resultados-de-los-talleres-de-cocoyoc-y-de-san-miguel-regla>
- CNEIP. (1977). Recomendaciones generales para la planeación de la enseñanza de la psicología en México. *Enseñanza e Investigación en psicología*, 3 (6). Recuperado desde: <http://biblat.unam.mx/es/revista/ensenanza-e-investigacion-en-psicologia/articulo/recomendaciones-generales-para-la-planeacion-de-la-ensenanza-de-la-psicologia-en-mexico>

- CNEIP. (1978). Definición del perfil profesional del psicólogo mexicano. *Enseñanza e Investigación en psicología*, 4 (5). Recuperado desde: <http://biblat.unam.mx/es/revista/ensenanza-e-investigacion-en-psicologia/articulo/definicion-del-perfil-profesional-del-psicologo-mexicano>.
- CNEIP. (2015) Programas acreditados de Psicología. Abril 2015. Recuperado desde: <http://www.cneip.org/documentos/PROGRAMASA-CREDITADOSAGOSTO2015.pdf>
- Díaz Díaz, A. D. Cruz Pérez, L. Cruz García, K. Aguilar Morales, J. E. y Vargas Mendoza, J. E. (2010). *Las escuelas de psicología en México: un Directorio Virtual*. Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C. México.
- Ebel, R. Noll, V. (1969). *Encyclopedia of Educational Research*. Nueva York Macmillan.
- Guadarrama, R. L. A. (1980) *Análisis curricular de la enseñanza de la psicología en México: Contenido Curricular*. Tesis de licenciatura en Psicología, Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México.
- INEGI (2012). *Estadísticas históricas de México*, Recuperado el 10 de agosto de 2012 <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/español/presea/comunicados/ehm2010.asp>
- López Suarez, A. Parra Dávila, M. G. y Guadarrama Rico, L. A. (1980): *Análisis curricular de la enseñanza de la psicología en México*. Ed. por la Universidad Autónoma del Estado de México, Secretaria de Educación Pública Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior y Consejo Nacional de Enseñanza e Investigación en Psicología.
- López Suárez, Adolfo (1980) *Análisis curricular de la enseñanza de la psicología en México: Detección de Necesidades Sociales*. Tesis de licenciatura en Psicología, Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México.
- López Suarez, A. Morales Hernández, y Silva Beltrán E. (2005) *La Estructura del Sistema Educativo Mexicano*. Ed. UAEM. México. Cuarta Época # 36.
- López Suarez, A. Morales Hernández, y Silva Beltrán E. *La educación Superior en el municipio de Toluca*, ciclo 2008-2009. Publicación en prensa.

- López Suarez, Morales, H. I., Esquivel, G. R.J., García, D. A., Sánchez, M. (2013) "*La Psicología en la UAEMEX: desarrollo curricular y trayectoria escolar*" México: Plaza y Valdés Editores.
- López Suárez A. (2013) *El Método en Ciencias del Comportamiento*. Bonobos Editores. México.
- Morales, H. I. (1982) "*Análisis curricular de la enseñanza de la psicología en México: Sistema de evaluación del aprendizaje de la psicología en México*". Tesis de licenciatura en Psicología, Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Mouret, E. y Ribes, E. (1977). "Panorámica de la enseñanza de la psicología en México", en: *Enseñanza e Investigación e Psicología* 3, (2), 6-20.
- Ribes, E. (1982). Algunas reflexiones sociológicas sobre el desarrollo de la Psicología en México. Conferencia Magistral, Tercer Congreso Mexicano de Psicología, México, D.F.
- Parra, D. M. G. (1980). "*Análisis curricular de la enseñanza de la psicología en México: Definición de Objetivos Educativos*". Tesis de licenciatura en Psicología, Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Preciado, H. (1989). *Notas sobre la enseñanza de la psicología en México: Estado actual y perspectivas de desarrollo*. Revista de la Educación Superior Número 72. Volumen 18 • Octubre - Diciembre de 1989
- Millan B., P. (Julio-Septiembre de 1982). La psicología mexicana; una profesion en crisis. *Revista de la Educación Superior*, 11(43). Obtenido de <http://publicaciones.anuies.mx/revista/43>
- Rubio Oca, Julio (COORD.)(2006). *La política Educativa y la Educación Superior en México*. 1995-2006: un balance/coord. Julio Rubio Oca. -México: FCE, SEP.UNAM (1997), 100 años de la Psicología en México, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- UNAM (1997). 100 años de la Psicología en México, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Vargas, J. (2007). *La psicología en México: Organización, poder, control, ¿Para qué?* Notas: Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología. Vol. 3. Número 1. 2007. Pág. 5-24.

Zanatta, E. y Yuruen T. (2012). *La formación profesional del psicólogo en México: trayecto de la construcción de su identidad disciplinar*. Enseñanza e Investigación en Psicología vol. 17, núm. 1: 151-170 enero-junio, 2012.

El significante en la salud como metáfora de destrucción natural

Nicolás Rivera Ávila¹³

Colegio de Psicoanálisis, México

Resumen

Escribe Freud en su artículo “Das Unbewusste”, en 1915: “Nuestra tópica psíquica provisionalmente nada tiene que ver con la anatomía; se refiere a regiones del aparato psíquico, dondequiera que estén situadas dentro del cuerpo, y no a localidades anatómicas”¹⁴.

Este alejamiento localizacionista no ocurre en 1915, ocurre mucho antes: que haya un lugar para lo psíquico en lo humano es una problemática clínica en el psicoanálisis, pero no en la ciencia, y más adelante intentaremos acercarnos a esta ruptura.

Si nos pudiéramos permitir una aseveración de la magnitud localizacionista, lo primero que se me ocurre que podría pasar tendría que ver con el cierre de posibilidades discursivas para lo psíquico. Una demostración obsesiva casi obscena que obturaría la escena clínica, poniendo en su lugar un cuerpo construido de soluciones y de respuestas; y quizá eso es lo que más urge a la hora de dar una localización: dejar de problematizar. *Conceptualizar*.

Palabras clave: cuerpo, salud, ciencia, escritura, metáfora

¹³ Nicolás Rivera, psicoanalista lacaniano. Correo electrónico: cempoallinome@hotmail.com

¹⁴ Freud, Sigmund, Lo inconsciente. Editorial Amorrortu, Argentina, 2006. P. 170.

Abstract

Freud writes in his article “Das Unbewusste” in 1915: “Our psychic topical provisionally has nothing to do with anatomy; refers to regions of the psychic apparatus, wherever they are located within the body, not anatomical locations.”¹⁵

This localizationist estrangement does not occur in 1915, occurs much earlier: the place for the psychic in the human is a clinical problem in psychoanalysis, but not in science, and later we’ll try to approach this break.

If we could allow ourselves an assertion of localizationist magnitude, the first thing that occurs to me that could happen would be related to the closure of discursive possibilities for the psychic. An almost obsessive obscene demonstration will distort clinical scene, putting in place a body built out of solutions and answers; and maybe that is even more urgent when giving a location: to stop problematizing; conceptualize.

Keywords: Body, Health, Science, Writing, Metaphor

*Un puro fluido en estado libre y sin cortes, resbalando sobre un cuerpo lleno.
Las máquinas deseantes nos forman un organismo.*

—Gilles Deleuze y Félix Guatarri

*Porque la realidad está por terminar, aún no está construida.
De su consumación dependerá, en el mundo de la vida eterna, el retorno de una eterna salud.*

—Antonin Artaud

Lo que guarda el cuerpo es del terreno de las sensaciones, de la sonoridad y de una construcción ajena incalculable, inimaginable e insoslayable. El cuerpo está en la categoría

Cartesiana, es asequible a través del pensamiento.

La elaboración que nos hace progresar de una significación del mundo a una palabra que

¹⁵ Freud, Sigmund, *The Unconscious*. Editorial Amorrortu, Argentina, 2006. P. 170.

puede formularse, la cadena que va del inconsciente más arcaico hasta la forma articulada de la palabra en el sujeto, todo esto sucede entre Wahrnehmung y Bewusstsein, como se dice entre cuero y carne¹⁶.

El problema *Wahrnehmung* y *Bewusstsein* es muy arcaico. Supone una suerte de realidad casi fundante del núcleo perceptual en Occidente. Somos en tanto la mirada permite la articulación escénica; y, si no hay objeto que mirar, la imagen no alcanza la descripción reproductora. Es en dirección histórica que se alcanza a imaginarizar los restos que representan la escritura sobre el cuerpo.

El cuerpo, por tanto, es una consecuencia psíquica en un tiempo retroactivo¹⁷. La representación del cuerpo es limitada y arcaica, ajena y apalabrada a través de una herencia simbólica y de una red significativa. Esa es la escritura sobre el cuerpo, un aparato discursivo que se reescribe incesantemente.

Del nacimiento a la muerte, el derecho se "apropia" de los cuerpos para hacerlos su texto. Por medio de toda clase de iniciación

(ritual escolar, etcétera), los transforma en tablas de la ley, en cuadros vivo de reglas y costumbres, en actores del teatro organizado por un orden social¹⁸.

Y no sólo en el derecho: hay algo que viene antes a hacer la transcripción significativa en el cuerpo y lo juega en la negación a la vez que lo afirma. Esa es su construcción, una caída y un regreso, una función que regula la caída y sostiene el regreso, el *fort da*, detentados por el principio del placer, sujetos a la moral y despojados por la pulsión de muerte.

Las tablas de ley son la muestra de la representación en escena, orientadas por el hacer como consecuencia de un acto previo, enigmático y ausente. Habrá que pensar que el momento del texto es una posición reproductora que inserta al ser parlante en un universo simbólico capaz de ordenarlo todo, desde una caída simbólica hasta una caída en lo real.

Las tablas de la verdad son un aviso de que algo ya se ha colocado en nombre del amor y del deseo¹⁹; esa es la posición que, sin querer, lleva a

¹⁶ Lacan, Jacques, Seminario 7, La ética en psicoanálisis. Ed. Paidós, Argentina, 2010. P. 68.

¹⁷ Nachträglich freudiano.

¹⁸ De Certeau, Michel, *La invención de lo cotidiano, 1: artes de hacer*. Editorial de la Universidad Iberoamericana. México, 2000, P. 153.

¹⁹ Por otro lado, la religión también pone a Dios antes del amor y del deseo, al menos la judeo-cristiana.

cabo el participante cuerpo, yo-escindido dentro del vínculo madre-hijo.

Estas escrituras efectúan dos operaciones complementarias: para estas escrituras, los seres vivos son, por un lado, "puestos en texto", transformados en significantes de reglas (se trata de una intextuación) y, por otro, la razón o el Logos de una sociedad "se hace carne" (se trata de una encamación)²⁰.

El cuerpo es un texto, se escribe sobre él. Habrá que pensar que un lienzo tendría mayores posibilidades, en tanto lo que ahí se juega es la *poiesis*, y no la reproducción, como es el caso de la escritura, donde se re-escribe eso que históricamente ya se ha simbolizado.

El aparato que hace ley y escritura sobre los cuerpos se llama *ciencia*. Basta un significante en ese aparato para que se ordene el mundo imaginario del cuerpo a través de una realidad psíquica que encarna la idea misma de la totalidad, de una suerte de mónada que se organiza desde ese lugar privilegiado que ocupa el aparato.

¿Eso que se escribe en el cuerpo alcanza para que pueda ocurrir el acto del pensamiento en su

realidad psíquica? ¿O sólo le alcanza para un eterno reproducir de lo escrito? ¿La ciencia ocupa también el lugar del Otro o hace semblante de él? ¿Dónde queda entonces eso llamado *libertad*?

Desde el pensamiento de Lacan, el saber y la verdad se encuentran en lugares distintos. El tropiezo de la ciencia es creer que ocupa el lugar del saber y de la verdad; y en ese avatar, las consecuencias en su objeto de estudio son interminables.

La inscripción que se hace sobre el cuerpo es la idea de que el cuerpo se encuentra en el lugar del saber, y desde ahí se desprende un universal que organiza sociedades enteras.

El cuerpo aloja una localidad anatómica desde un saber, desde un discurso universitario. El cuerpo se vuelve un número, una copia y una calca. Es la reaparición de un acontecimiento que en el aparato científico ya había ocurrido antes.

Por diseminada que esté (como los huesecillos de un esqueleto), esta panoplia destaca en puntos firmes las relaciones entre reglas y cuerpos igualmente móviles. En piezas separadas, es la máquina de escribir de la Ley,

²⁰ De Certeau Michel, Op. Cit, P. 153.

el sistema mecánico de una articulación social²¹.

Esta máquina de escribir la ley, en piezas separadas, ordena significantes en el cuerpo que aparecen como una receta incuestionable que permea la realidad psíquica de los sujetos en la ciencia.

Michel De Certeau utiliza el significante *πανοπλία*, *panoplia*, una serie de máquinas y de armas dispuestas a seguir un legado tecnócrata que anula a los cuerpos desde la universalización y los coloca en una colección donde el campo reproductivo se vuelve inminente.

El método científico trae consigo la catástrofe y la supremacía económica sobre la salud mental, y se seguirá reutilizando, a manera de utensilio, hasta que los cuerpos-números encuentren un nuevo amo²² al que seguir; es una categoría de esclavitud que no agota sus recursos, su potencia está en la *parasités* lingüística con que se ha instaurado al sujeto en la ciencia con la garantía de que el *re* lo seguirá hasta que la pulsión de muerte le ponga salvación.

²¹ De Certeau, Michel, Op. Cit, P. 154.

²² En ese sentido, la revolución apunta a la búsqueda de un nuevo amo.

La escritura adquiere un derecho sobre la historia, con miras a enderezarla, someterla o educarla. La escritura se vuelve poder en las manos de una "burguesía" que reemplaza con la instrumentalidad de la letra el privilegio del nacimiento, ligado a la hipótesis de que el mundo dado es la razón²³.

La razón es, desde la metodología de la ciencia, su potencia misma. Esclarece a la vez que resuelve, imputa y niega, ordena y sacrifica, moldea y sumerge en su simbología al apartado social.

La razón es la portavoz de la subjetividad, y crudamente, queda relegada por la vía de la subjetividad misma que niega la razón, y por la vía de la renegación, del resto que el imaginario escribe sobre el cuerpo, en tanto escisión y en tanto vacío.

Por la vía de la negación, se entiende que la subjetividad es un planteamiento que aparece después, es un significante que no se significa a si mismo pues le antecede la razón como significante primordial. En ese sentido es que niega la subjetividad como un acto significativo poniéndolo en un acto de puro significado.

²³ De Certeau, Michel, Op. Cit, P. 157.

Por la vía imaginaria, es al cuerpo al que se le apuesta todo en los estándares de salud: siempre hay una enfermedad que hace presencia escénica y rompe todo significativo que se atreva a cuestionarle, pues dicho privilegio no sólo aparece en el terreno de la salud-enfermedad, sino también aparece como una forma discursiva de negociar con él, como si ese cuerpo no tuviera órganos, como si estuviera ya vacío no sólo de la palabra, sino también de la subjetividad negada.

Por tanto, dicha renegación pertenece a un espacio diferente, al del poder y al de la política económica, justo el lugar en donde todo discurso deja fuera la subjetividad. El cuerpo, entonces, es negado vía la razón y vía el discurso de poder que lo castra y lo consume hasta convertirlo en enfermedad.

El movimiento es dar forma a un cuerpo, conforme con su definición por el discurso social por medio de las herramientas. Parte de una idea normativa comunicada por un código de intercambios económicos o por las variantes que presentan sus relatos del patrimonio legendario común y de las creaciones del conocimiento²⁴.

²⁴ De Certeau, Michel, *Op. Cit.*, p. 158.

El planteamiento desde la psicología se vincula con un orden hegemónico que brinda al *enfermo* la posibilidad de la cura con la mayor rapidez. Lo que se forcluye en este acto es al sujeto mismo, al sujeto que Lacan articula por años, al sujeto del inconsciente.

Esta forclusión es el acto mismo de someter y forzar un discurso que obture y simplifique la subjetividad, el discurso del poder político y del poder económico. Habría que pensar entonces que la subjetividad se rechaza, se niega, se reniega y se forcluye; por tanto, es la violencia misma contra el sujeto.

La no apelación de un discurso otro, garantiza la prevalencia del discurso capitalista, que monopoliza el acto mismo del pensamiento reduciéndolo al acto reproductivo del pensamiento, en donde las máquinas deseantes ponen su deseo en las manos de otro que los emancipa del pensamiento mismo, de su libertad de pensamiento.

El cuerpo —y todo lo que se relaciona con el cuerpo, la alimentación, el clima, el sol— es el lugar de la Herkunft²⁵: sobre el cuerpo, se

²⁵ Es la fuente, la procedencia; es la vieja pertenencia a un grupo —el de sangre, el de tradición, el que se establece entre aquellos de la misma altura o de la misma baja— (Foucault, *Microfísica del poder*, P. 12).

*encuentra el estigma de los sucesos pasados, de él nacen los deseos, los desfallecimientos y los errores; en él se entrelazan y de pronto se expresan, pero también en él se desatan, entran en lucha, se borran unos a otros y continúan su inagotable conflicto*²⁶.

La historia del cuerpo es imborrable: aún el olvido es incapaz del borra-miento, la escritura que se ha hecho sobre él es un trazo que escinde y le antecede, las palabras traen su historia, el cuerpo es la palabra misma, es el aparato simbólico que tiene por representación un cuerpo, su *Herkunft* habla, lo nombra.

En *Psicopatología de la vida cotidiana*, Freud, al hablar de las acciones sintomáticas, se refiere a aquello cotidiano que el actor hace, pero no sospecha. La acción sintomática es una representante de la representación, es una metáfora viva del cuerpo, viva pero ausente, irrepresentable.

Es la acción sustitutiva en donde el cuerpo ocupa el lugar del *fort da*: acá esta, pero se fue, desaparece y vuelve. El cuerpo es un objeto metafórico que tropieza con el deseo en tanto metonímico, el deseo del otro y el deseo del Otro.

²⁶ Foucault, *Nietzsche, la genealogía, la historia*, 1971. p. 14.

El Otro es el lugar que ocupan el discurso de poder, el discurso del capitalismo y el discurso de la ciencia. Usan el carrete-cuerpo, lo dirigen, lo ordenan, lo organizan y le dan el guion de la reproducción misma, todo desde la instauración de una realidad absorbente e indiferente que le castra a la vez que lo pone en el lugar de goce, un lugar involuntariamente metonímico que lo orilla a la pulsión de muerte, a la vez que le intenta curar las heridas.

La fábrica de hacer cuerpos, de la ciencia al fetiche

La fábrica discursiva de hacer cuerpos tiene una manera similar a la de la ciencia: va perfeccionando su técnica, y a medida que lo logra, obtiene cuerpos capaces de brindarle al objeto un valor exacerbado, el valor mismo del ser en tanto deseo de ser.

Lo que plantea este ideal inalcanzable de ser es un deseo ajeno, prefabricado y generalizado, que lo que desborda es un goce totalizador, un *plus* al que el sujeto queda atado lejos de la consciencia sobre sí. Es en este lugar donde se fabrican y construyen sujetos-cuerpo capaces de defender y atender hasta sus últimas consecuencias una ideología que no les pertenece pero adoptan

inconscientemente como propia; hablamos de un sujeto reproductor de discursos, una máquina de pronunciar discursos incomprensibles. El cuerpo es por tanto quien lo presencia en lo real.

La ciencia mejora sus objetos cada vez, y de esta manera entrega al sujeto un Don, ese Don que le correspondía quizá descubrir al sujeto, soportarlo y sustentarlo en tanto sujeto lleno de deseos, sólo que ahora, convertidos en deseos artificiales y ya no plagados de inicio de la subjetividad.

Es la máquina la que fabrica a los sujetos que viven en un siglo anterior, en un pasado virtual que ellos toman por su mundo presente. La función de este procedimiento de subjetividad es la de desviar a los humanos del horror que podría inspirarles la realidad del mundo en que realmente viven, donde existen en condición fetal, reducidos al estado de materia prima de la máquina que los esclaviza y los canibaliza²⁷.

Esta máquina que arriesgadamente nombraremos la máquina del capitalismo, ¿no es una máquina que alude al goce del objeto, que convoca al ser como segunda premisa de la felicidad, que sobrepasa el silencio? Habremos de ensayar un poco.

²⁷ Melenotte, *El sujeto moderno y su imagen*, p. 5.

¿Hay falta en el discurso de la ciencia, en el poder desbordante, en el discurso mismo de la religión? ¿Cómo pensar en la falta de la falta en un sujeto, o del mismo cuerpo? ¿No es eso acaso atribuir la consistencia?

Es verdad que lo sexual, en nuestra cultura, ha triunfado sobre la seducción, y se le ha anexionado como forma subalterna. Nuestra visión instrumental lo ha invertido todo. Pues en el orden simbólico, la seducción es lo que está primero, y el sexo no se da más que por añadidura²⁸.

Las formas discursivas en relación a la perversión se asemejan mucho a las formas discursivas con las que se conduce la modernidad²⁹, una modernidad que le atribuye al objeto un estatuto unilateral, universal, en donde el aparato metonímico surge precisamente desde la inaccesibilidad al objeto mismo, al cuerpo mismo y la fantasía de tenerlo, esto, en sustitución del goce sobre ese objeto que no es, donde imaginariamente se tiene todo en relación al supuesto, al menos en su apalabramiento desde lo imaginario.

²⁸ Baudrillard, *De la seducción*, 1981, p. 41.

²⁹ Modernidad como momento de pensamiento, como posición económico-política y como estatuto universal de la razón.

La producción capitalista ha unificado el espacio, que ya no está limitado por sociedades exteriores. Esta unificación es al mismo tiempo un proceso extensivo e intensivo de banalización. La acumulación de mercancías producidas en serie para el espacio abstracto del mercado, al mismo tiempo que debía romper todas las barreras regionales y legales y todas las restricciones corporativas de la edad media que mantenían la calidad de la producción artesanal, debía también disolver la autonomía y calidad de los lugares. Esta fuerza de homogeneización es la artillería pesada que ha derribado todas las murallas chinas³⁰.

El objeto/cuerpo no es el mismo para nadie, aun cuando la propuesta moderna de unificación o de la asombrosa pretendida igualdad nos marque ese estatuto. La vuelta hacia un sujeto no-esférico, que se reconoce en un plano metonímico, permite de inicio vehiculizar la figura mostrativa en donde el cuerpo, lejos de ser el mismo, y lejos de brindar el goce, no logra romper en lo real con el sujeto mismo y de la misma manera.

Ese fetiche, que provenía de su primera infancia, no debía leerse en alemán, sino en

inglés: el «brillo {Glanz} en la nariz» era en verdad una «mirada en la nariz» {«glance», «mirada»}; en consecuencia, el fetiche era la nariz, a la que por lo demás él prestaba a voluntad esa particular luz brillante que otros no podían percibir³¹.

Hay una pulsión que intenta dar con el objeto que le devuelva algo en relación al deseo, y ese brillo particular es el que reelabora el sujeto en la perversión: es quizá su mítico regreso. Es ese *Glanz* que le permite darse a la tarea de poner a gozar al otro, de ser para el otro algún tipo de don, tratando tal vez de ser, aún en la transgresión.

Algo pasa en la infancia que seguimos sin darnos cuenta, una travesía que se torna inconsciente, se apodera de la historia misma, de la reminiscencia en sus detalles más ín(ex)timos. Eso que en el psicoanálisis es relevante, la historia, el sujeto en su relación con la memoria, distinto a lo que sucede en la ciencia.

La ciencia, si se mira con cuidado, no tiene memoria. Olvida las peripecias de las que ha nacido, cuando está constituida, dicho de otra manera, una dimensión de la verdad que el

³⁰ Debord, *La sociedad del espectáculo*, 1967, p. 54.

³¹ Freud, *El fetichismo*, 1927, p. 147.

*psicoanálisis pone aquí altamente en ejercicio*³².

Quizá el descubrimiento freudiano nos mantiene aún intrigados y nos hace preguntarnos, ¿eso que ocurrió es lo que somos o es que el movimiento nos arroja a otro yo? ¿Somos donde pensamos ser o precisamente, a la manera lacaniana, somos donde no pensamos y pensamos donde no somos?

Justo la relación con el Otro nos va parasitando estructural y lingüísticamente; es un escenario tan peculiar que no vemos cómo se va tejiendo. Y es quizá donde la llamada estructura de la perversión toma su papel altruista, en donde brinda eso que él cree que falta en el otro, siendo la metáfora entonces del Otro para el otro.

Ese Otro lugar, discursivamente lo ocupa en la modernidad el capitalismo, palabra ya por demás enigmática, aunque en dirección al objeto, se pone en lugar de ese Otro que tape ese oscuro lugar que falta en el otro; la relación es inminente, solo hay respuestas, tantas, que colman la razón del sujeto moderno, lo encapsulan en un recorrido circular lleno de imágenes que obstaculizan la pregunta por el sujeto y no por el objeto. Es el avatar que se presenta a manera de

³² Lacan, *La ciencia y la verdad*, P. 826.

Visnú para darle lo que le hace falta a ese otro castrado por un discurso de poder.

*El capitalismo reina porque está estrechamente unido al ascenso de la función de la ciencia. Solo que incluso este poder camuflado, este poder secreto, y cabe agregar, anárquico —quiero decir dividido contra él mismo, y esto sin duda por ir de la mano del ascenso de la ciencia— está ahora tan desconcertado que no da pie con bola, porque pese a todo del lado de la ciencia ocurre algo que supera sus capacidades de dominio*³³.

Parece omnipresente y omnipotente la presencia del discurso de la ciencia en el discurso del sujeto mismo, la presencia de un A para un a, de este Otro que se condensa en frases que rebasan lo permitido a fin de que ese otro tome lo que la ciencia le brinda como una oportunidad de sobrevivencia, una manera de ser a partir de eso otro, y ya no como una manera de pensar reflexionando en aquello que le atañe a su compleja existencia, a su pequeña existencia ante el gran triunfo del poder.

La transgresión tiene su propia lógica, no es una lógica que marque la simple ruptura a manera de anomalía con los dictámenes morales,

³³ Lacan, *El seminario 16: De un Otro al otro*, p. 219

religiosos y sociales, donde el recurso de la imagen genérica funciona muy bien, donde se vuelve sencillo dar un diagnóstico y perseguir la cura a través de alguna terapia del yo.

Se vuelve más complejo el tema de la transgresión: es un significante que desprende una cadena que poco tiene que ver con que un sujeto se adapte o no a cierta normatividad.

El sadomasoquismo de la relación moral con el yo está ligado al objeto, y este toma su lugar mítico cuando el cuerpo alterno aparece, ese otro objeto. Confundido desde su psiquismo, desde la idea que el espejo regresa de sí, el imaginario, por tanto, gobierna toda posibilidad de subjetivación.

El deseo sobre el cuerpo adquiere condición de indispensabilidad y transgresor, al grado de sustituirlo por ese objeto que reiterativamente, podemos decir, no es el que se busca, pues de lo contrario la pulsión de muerte podría hacer presencia.

En esta dialéctica podemos asumir que el sujeto de la perversión procura el objeto de la ciencia de su lado; quizá podríamos hablar de una sumisión ante el objeto para así garantizarse el goce sobre el objeto. Hay la certeza en tanto se busca el objeto, ¿acaso esta certeza podría hacernos

pensar que no hay castración?, y de aquí la posibilidad de que este sujeto advenga precipitadamente en el objeto.

Quien pone el objeto a disposición en el mercado es quizá quien alude a cierta perversión. Poner en falta a ese pequeño otro que lleva consigo su propio goce, sus propias reglas, en donde no todos podrán tener el objeto pero sí podrán desearlo bastantes, al grado de transgredir las reglas para poder acceder a él, en donde finalmente, lo que transgrede es su propio apego a las leyes desde su representación de ley, desde donde se escribe la ley sobre los cuerpos.

La violencia a ultranza en la que circula el cuerpo desde su invención cotidiana es una metáfora de destrucción natural, pensando que lo natural aqueja a lo real, a lo que no se puede nombrar, al órgano como aparato ficticio dentro de la ficción del cuerpo, y es una vuelta a la ficción del órgano porque no hay forma de apalabrarlo, es sólo la aproximación a lo más ajeno que la realidad psíquica posee, el cuerpo, el órgano, violentados desde la psicopatología de la vida cotidiana, desde su derecho a seguir un estatuto universal del bienestar, del goce más mundano.

Si la apuesta está del lado del cuerpo es justo porque el cuerpo, lejos de hacer metáfora, es producto de una suerte de desplazamiento del goce que le ordena desde su significación escindiéndolo hasta la muerte, es el *fort da* en medio de una agresividad que le viene del Otro y lo posibilita para agredir-se, y después, lejos de hacer el acto de la pregunta, espera que el Otro discurso capitalista le resuelva todo, le erradique el síntoma, sin saber que lo que está erradicando, a la vez, es su propia historia.

La violencia sobre eso *natural*³⁴ tendría su lugar en lo real, y en tanto no hay palabra que se pueda nombrar para dar cuenta de *ello*, la ciencia hace una construcción simbólica sobre ello, le da un tratamiento, lo cura y lo devuelve al espacio que ella misma construyó.

La escritura que ordena los significantes proviene de un ejercicio de poder en el que el cuerpo habla desde su estado de lamentación, de putrefacción y de un orden violento que lo consume. La pulsión de muerte por tanto no sólo es la posibilidad en lo cotidiano, es lo cotidiano mismo. Es la posición del

³⁴ Hay una imposibilidad de hablar de lo natural de inicio porque, al simbolizar lo natural, se vuelve parte de un estatuto simbólico, cultural, social. Pero hay algo del orden de lo real que vincula al sujeto social de lo que no puede dar cuenta pero le causa, le sostiene y le destruye.

bienestar exacerbado hasta el grado del masoquismo primordial.

Referencias

Baudrillard, J. (1981). *De la seducción*. Madrid: Ediciones Cátedra, S.A.

De Certeau, M. (2000). *La invención de lo cotidiano, 1: artes de hacer*. México: Editorial de la Universidad Iberoamericana.

Debord, Guy (1967). *La sociedad del espectáculo*. Revista observaciones filosóficas. Recuperado el 2 de enero del 2012.

<http://www.observacionesfilosoficas.net/download/sociedadDebord.pdf>

Foucault, M. (1980). *Microfísica del poder*. Edición y traducción de Julia Varela y Fernando Alvarez-Uria. Madrid.

Freud, S. (2006). *Psicopatología de la vida cotidiana. Volumen VI*. Argentina: Editorial Amorrortu.

(1992). *Obras completas, El fetichismo, Volumen XXI*. Argentina: Ed. Amorrortu.

(1992). *Obras completas, Más allá del principio del placer, Volumen XVIII*. Argentina: Ed. Amorrortu.

(1992). *Obras completas, Tres ensayos de teoría sexual, Volumen VII*. Argentina: Ed. Amorrortu.

Lacan, J. (2010). *El seminario 16, De un Otro al otro*. México: Ed. Paidós.

(2009). *Escritos 2*. México: Editorial Siglo XXI.

(2010). *Seminario 7, La ética en psicoanálisis*. Argentina: Ed. Paidós.

Melenotte George-Henri, *El sujeto moderno y su imagen*. Revista Me cayó el veinte. Recuperado el 20 de mayo del 2011.

<http://www.mecayoelveinte.com/anteriores/pdf/si/el%20sujeto%20moderno.pdf>

Propiedades psicométricas del Inventario de Maltrato Académico en la Relación Docente-Alumno (IMARDA)³⁵

Ma. Refugio Ríos Saldaña³⁶, Leticia Osornio Castillo, Acela Sánchez Reyes y Lilia Isabel Ramírez García³⁷

*Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala*

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue construir un inventario que indague la presencia de maltrato académico de los docentes hacia los estudiantes de medicina. Se realizaron dos estudios piloto con dos muestras distintas de estudiantes (hombres y mujeres) de 3er semestre. El primero con 23 ítems y el segundo con 39. Los resultados mostraron una confiabilidad Alfa de Cronbach de .864 y por mitades de .854 y .775 para la primera y segunda mitad respectivamente. El análisis factorial identificó dos factores bien diferenciados (maltrato psicológico —14 ítems— y acoso sexual con 11 ítems) quedando el inventario con 25 ítems. Los 14 restantes fueron eliminados debido a su baja saturación en los factores. El inventario es una medida confiable y válida para evaluar el maltrato académico en los espacios educativos de áreas de la salud y particularmente

³⁵Trabajo presentado en el II Congreso Internacional de Transformación Educativa: “Alternativas para nuevas prácticas educativas”. Celebrado del 23 al 26 de septiembre de 2015 En la ciudad de Tlaxcala, Tlax.

Realizado con apoyo del Programa de Apoyo para la Innovación y Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME: PE307416)

³⁶Profesora Titular B, adscrita a la División de Investigación y Posgrado de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Email: mrrs@campus.iztacala.unam.mx

³⁷Profesoras Titular y Asociadas respectivamente y adscritas a la Carrera de Médico Cirujano de la FES-I UNAM.

en la carrera de medicina, aunque habrá que seguir indagando sobre la pertinencia de obtener la confiabilidad de los otros dos factores.

Palabras clave: maltrato académico, propiedades psicométricas, estudiantes de medicina.

Abstract

The aim of this study was to create an inventory that probes the presence of academic teacher's abuse to medical students. Two pilot studies were performed with two different samples of students (male and female) of 3^{er} semester. The first 23 items and the second with 39. The results showed a Cronbach alpha reliability of .864 and .854 and .775 halves for the first and second half respectively. The factorial analysis identified two distinct factors (psychological abuse and sexual harassment items- -14 11 items respectively) remaining inventory with 25 items. The remaining 14 were eliminated because of their low saturation factors. Inventory is a reliable and valid for assessing academic abuse in educational spaces and areas of health particularly as a medical career, although we will have to continue investigating about the relevance of the reliability of the other two factors.

Keywords: Academic abuse, Psychometric properties, Medical students

Introducción

La relación docente-alumno en la formación médica podría ser la base, entre otros aspectos, de los logros del aprendizaje y de las futuras relaciones que establezca el alumno y el profesional con el paciente (Larkin y Mello, 2010). En los últimos años, la humanización de la

atención en salud ha sido motivo de preocupación global y de demandas por negligencia y errores médicos, quejas por la calidad de la asistencia, distanciamiento de la relación médico-paciente y otros aspectos relacionados con el bienestar de estos profesionales de la salud en su medio laboral: desgaste profesional, depresión,

ansiedad, estrés y suicidio (Middleton, (2008). Este último, resume actos de intimidación entre iguales consistentes en malos tratos a través de acciones como diferentes tipos de maltrato y exclusiones sociales de forma directa o indirecta (Paredes, Sanabria, González-Quevedo y Moreno, 2010). El abuso se refiere a tratar a otro en forma ofensiva, causar lesiones físicas o psicológicas o forzarlo a realizar acciones que no desea o en las que no está de acuerdo.

Pocos años atrás, solo había referencias informales sobre situaciones abusivas en la carrera de medicina y fue finales de los ochenta y durante los noventa cuando emergió el auge de estudios sobre las conductas abusivas de los docentes hacia los estudiantes de medicina (Sheehan, Sheehan, White, Leibowitz, *et al.*; 1990; Silver, Glicker, 1990; Mangus, Haukins y Miller, 1998). El maltrato y acoso sexual del personal docente hacia los estudiantes de medicina se ha reportado en muchos estudios internacionales. En varias investigaciones realizadas en diversas facultades de medicina del mundo han analizado diferentes tipos de maltrato percibidos por los estudiantes (verbal, académico y sexual), así como su severidad y consecuencias (Rautio et al, 2005; Musselman et al, 2005; Ogden et al, 2005; Wilkinson et al 2006; Frank et al, 2006; Haglund et

al, 2009). Se ha investigado (Soria, Guerra, Giménez y Escanero, 2006; Iglesias, Zaldívar, Bermúdez y Guzmán, 2005) que el maltrato y acoso sexual del personal docente hacia los estudiantes es un problema actual que ocurre en todos los países y que, a pesar de los adelantos académicos en la enseñanza de medicina, sigue teniendo prevalencia elevada.

En los noventa, el impacto del abuso, maltrato, discriminación, acoso y hostigamiento cobró importancia en la discusión dentro del campo de la educación médica —véase por ejemplo, Bermeo, Castaño, López, Téllez y Toro, (2014)—. Los cambios en la actitud de los médicos hacia sus pacientes podrían ser resultado del trato hostil y punitivo recibido por los docentes durante su formación en las escuelas de medicina (Bastias, Fasce, Ortiz, Pérez, et al, 2011). También se ha investigado esta temática en facultades de América Latina (Mariscal, Palle et al, 2007). Más recientemente se ha indagado sobre múltiples aspectos de experiencias de los estudiantes de medicina de Pakistán en la vida universitaria médica, los resultados dan cuenta de la existencia de abuso verbal (56.9%), gestos (15.6%), han sido ignorados (10.9%), han sido excluidos (5%), reporte de maltrato físico (2.5%) y abuso por escrito (2.5%). También se ha reportado (Joyse,

Michelle, Neil *et al*, 2012) que en Estados Unidos el acoso y el menosprecio ha sido causado también por los residentes (27%), profesores de materias básicas (9%), profesores clínicos (63%) y pacientes (25%). El maltrato puede considerarse como un acto incorrecto hacia el alumno y este último puede tomar en cuenta otras conductas del docente como igualmente incorrectas, aunque también tales percepciones podrían ser tomadas como un hecho subjetivo y diferencial entre alumnos en función de su personalidad, creencias, actitudes y valores, dependiendo también del contexto en que éstas ocurran. Por ello se hace indispensable el contar con instrumentos de medida con las propiedades psicométricas inherentes que permitan dar cuenta de la validez del constructo o del contenido que se evalúa, así como de la exactitud y precisión de la medida. Especialmente si se toma en cuenta que en la elección de una carrera profesional y su permanencia hasta el logro de la eficiencia terminal intervienen diversos factores, intrínsecos y extrínsecos, que, conjuntamente con las expectativas del estudiantado, requieren de análisis para hacer evidente su importancia en el ejercicio profesional del egresado.

Se consideró el maltrato verbal o físico en estudiantes como la conducta que crea un

ambiente intimidante y hostil en la persona durante su adiestramiento profesional, mientras que el acoso sexual es definido como una conducta o actitud sexual no aceptada que interfiere con la realización del trabajo académico, lo cual crea un ambiente hostil y ofensivo (Mangus, Hawkins y Miller, 1998). También se considera acoso sexual desde la coerción física hasta el uso del poder mediante el ofrecimiento de recompensas, prebendas o la negación de derechos adquiridos; además de otras modalidades que van desde actos y comentarios sexistas y degradantes, comunes en la cotidianidad, seguidos por avances sexuales no deseados y chantaje, hasta asaltos o ataques físicos con fines sexuales (Castaño-Castrillón, González, Guzmán, Stiven, Murillo, Páez-Cala, Parra y Salazar, 2010).

Si bien los trabajos que tratan el maltrato han dado cuenta de la magnitud y prevalencia de esta problemática en el proceso de formación de los futuros médicos, no se reportan datos en torno a los instrumentos con propiedades psicométricas de confiabilidad y validez para la medida de dicho constructo, salvo encuestas de preguntas abiertas, por ejemplo, (Ranicich, Niz, Caprana, Aruanno, *et al*, 2013) quienes investigaron *maltrato verbal* (denigración, humillación y

subestimación), *desinterés por el alumno* (llegadas tarde o ausentismo, retirarse del salón ante la no respuesta de los alumnos, fumar en el aula, no responder inquietudes, hablar por celular, no mirar al alumno en su examen oral), *evaluación injusta* (falta de criterio, dar importancia a contenidos específicos o que no corresponden al programa o preguntas imprecisas o confusas), *discriminación o ridiculización* (por género, edad, vestimenta y burla ante respuestas incorrectas de los alumnos), *comentarios o humor sexual* (chistes, palabras con doble sentido, señalar partes determinadas del cuerpo), *falta de habilidades pedagógicas* (falta de planificación y organización de la clase, nula organización y lectura de los Power Point, falta de criterio para selección de contenidos, no exponer los conocimientos mínimos, cometer errores a propósito), y *maltrato físico* (golpear, pegar, arrojar algún elemento).

El primer acercamiento a un instrumento de evaluación sobre maltrato en los estudiantes de medicina es el reportado por Herrera-Silva, Treviño-Moore y Acosta-Corena (2006), quienes realizaron un estudio en el estado de Sonora, México, y reportaron que el problema de la violencia al interior de la educación médica se encuentra introyectado a manera de "tradición", donde se muestran patrones de conducta tan

cotidianos y a la vista de todos, que llegan a pasar inadvertidos y esto crea situaciones de conflicto en las formas de convivencia en las que participan profesores, alumnos y autoridades académicas.

Con la finalidad de caracterizar el perfil epidemiológico de los estudiantes de medicina, elaboraron un instrumento denominado Abuso en los Estudiantes de Medicina (ABEM), el cual fue validado por expertos en cuanto a abuso físico, verbal, psicológico y sexual y cuya confiabilidad mediante Kuder Richardson 20 fue de .93. Sin embargo, no se reporta dicho instrumento. Al respecto, Iglesias, Saldívar, Bermúdez y Guzmán (2005) elaboraron un instrumento para determinar la percepción de un grupo de estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, acerca del maltrato recibido por el personal docente y de apoyo. El instrumento contenía 44 ítems (18 referentes al maltrato institucional, 16 al acoso sexual y 10 al apoyo personal y académico que reciben de la institución. No obstante, tampoco se reportan las propiedades psicométricas del instrumento. Ha sido pues la carrera de medicina la que ha tenido un número cada vez más creciente de investigaciones que se han enfocado a cuestiones relacionadas con hechos de abuso y maltrato: abuso sexual, acoso, maltrato y

discriminación que se presentan de manera recurrente en las escuelas y facultades de medicina, clínicas u hospitales. Estos hechos tienen que ver con estudiantes de medicina a nivel de pregrado (incluido el período de internado rotatorio) o posgrado en su calidad de residentes en alguna de las especialidades (Ríos, Romero y Olivo, 2013).

Dentro de la problemática se ha reportado: a) la presencia de violencia en cerca de la mitad de los alumnos de los cursos a todos los niveles, b) la presencia de estrés, como resultado de esta violencia, c) presencia de violencia física e institucional-académica y educativa, violencia sexual y discriminación y d) incremento significativo en su incidencia durante los años de entrenamiento clínico (Kassebaum, Cutler, (1998). De ahí que se considera necesaria la realización y/o adaptación de instrumentos de medida para evaluar el constructo de maltrato académico y acoso sexual en estudiantes, por ello el objetivo del presente trabajo fue construir un instrumento que indague la presencia de maltrato académico y acoso sexual del personal docente y de salud hacia los estudiantes de médico cirujano de la FESI.

Método

Participantes

Se trabajó con una muestra de 69 estudiantes de ambos sexos: 34 para un primer estudio piloto del instrumento (8 hombres y 26 mujeres) y 35 para el segundo pilotaje (25 mujeres y 10 varones), con edades de 19 a 24 años (19.73 en promedio y una d. t. de 1.07). Todos con estado civil solteros y que cursaban el tercer semestre de la carrera de médico cirujano en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Instrumento de medida

Para la elaboración del Inventario de Maltrato Académico en la Relación Docente-Alumno (IMARDA) se llevaron a cabo dos estudios piloto:

El primero con base en un instrumento de 27 ítems tomando como punto de partida los ya realizados por Maida, Herskovic, Pereira, Salinas-Fernández y Esquivel (2006) y el segundo, con 37 ítems, se conformó a partir del de Iglesias, Saldívar, Bermúdez y Guzmán, (2005); el IMARDA contenía una escala tipo lickert de cinco puntos donde el 1 era igual a Nunca, 2 raras veces, 3 algunas veces y 4 siempre.

Recursos materiales y humanos. El estudio fue realizado con cuatro personas, quienes realizaron el instrumento, las evaluaciones y el análisis de los resultados. Se utilizaron los inventarios de IMARDA, lápices, gomas para borrar y equipo de cómputo con el software SPSS versión 20 ya instalado.

Procedimiento

Para la aplicación del primer instrumento se solicitó el permiso de los estudiantes y del docente responsable de los mismos y, previo consentimiento informado, se evaluó sólo a aquellos que accedieron participar en el estudio. Todas las evaluaciones fueron realizadas en las aulas de clase de los estudiantes. Se capturaron los datos en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS para Windows versión 20 y se analizó la sensibilidad de los ítems, confiabilidad alfa de Cronbach, así como la de mitades, y validez factorial del instrumento.

El mismo procedimiento fue seguido para el segundo pilotaje de prueba del instrumento, solo que en esta ocasión se modificó la redacción de los ítems cuyas puntuaciones de correlación en el primer pilotaje fueron bajas o negativas ($<.30$) y se añadieron 6 ítems más, quedando el instrumento

con 39 ítems agrupados en cuatro áreas o factores: *Maltrato psicológico* (con 13 ítems), *maltrato físico* (con 7 ítems), *maltrato sexual* (con 16 ítems) y *efecto personal* (3 ítems). Con estas modificaciones se sometió a prueba el instrumento en una segunda prueba piloto y con una muestra diferente de estudiantes de medicina del mismo nivel. El criterio utilizado para agrupar los ítems en los respectivos factores fue que éstos tuvieran saturación más alta y una correspondencia conceptual con el factor, salvo en aquellos casos donde definitivamente la congruencia conceptual no correspondiera con el factor, se agrupaba éste en el factor correspondiente, aunque su saturación resultara más baja.

Análisis de resultados

En el análisis de ítems los resultados mostraron puntuaciones de correlación con la escala total arriba de .30 para 12 ítems, quedando 15 con poca sensibilidad. Sin embargo, al calcular la confiabilidad de la escala total se obtuvo un Alfa de Crombach de .841, de .735 y .688 para la

primera y segunda mitad respectivamente en el cálculo de confiabilidad por mitades. Misma que, al ser corregida mediante Spearman Brown, subió a .879 y a través del análisis de dos mitades de Goottman se obtuvo una confiabilidad de .881. Los resultados del análisis de ítems se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Resultados de la primera prueba piloto del instrumento.

No. de ítem	Nombre del ítem	RIE ⁴	α ⁵
1	¿Te han tratado con gritos?	.591	.706
3	¿Has recibido alguna amenaza verbal?	.631	.700
4	¿Te han puesto en ridículo frente a tus compañeros?	.503	.712
10	¿Has recibido críticas ofensivas por errores mínimos?	.432	.716
12	¿Sientes que limitaron tu derecho a expresarte?	.430	.726
20	¿Consideras que en la carrera de medicina existen mecanismos de apoyo al estudiante para situaciones injustas?	.370	.724
25	¿Consideras que la queja con el supervisor sirve de algo?	.414	.721
28	¿En alguna ocasión te hicieron bromas de índole sexual?	.445	.717
30	¿Recibiste comentarios insinuantes hacia tu cuerpo?	.450	.713
32	¿Te han hecho solicitudes de índole sexual a cambio de recibir algún beneficio?	.400	.721
33	¿Has recibido solicitud de favores sexuales con amenaza implícita?	.415	.726
35	¿Alguna vez notaste que te hicieron gestos o señas de índole sexual?	.364	.725

4 Relación ítem escala y 5 nivel alfa de Cronbach

Aunado a lo anterior, el cálculo de la validez factorial con rotación varimax identificó una única dimensión, razón por la cual se procedió a la revisión y adaptación de los 12 ítems cuyas puntuaciones de correlación resultaron bajas para someter el instrumento a un segundo pilotaje de prueba.

Los resultados del segundo pilotaje de prueba mostraron una confiabilidad Alfa alta y poco mayor al pilotaje 1 (α de Cronbach de .858) y por mitades de .854 para la primera mitad y de .775 para la segunda; en la correlación entre formas se obtuvo una puntuación de .535, que al ser corregida con el coeficiente de Spearman-Brown

subió a .697; aspecto que se consideró aceptable para medir los constructos. No obstante, en el análisis factorial se identificaron únicamente dos factores bien diferenciados en 25 de los ítems (14 ítems para Maltrato psicológico y 11 ítems para Acoso sexual) de los cuatro que se había considerado medir con el instrumento en primer lugar. Se realizó un tercer análisis factorial para

identificar mejor los dos factores, para ello se eliminaron del inventario los 14 ítems cuyas saturaciones quedaron dispersas y conceptualmente ajenas a los factores, esto es, considerando solamente los 25 ítems cuyas saturaciones y concepto se relacionaban con el factor correspondiente. Estos resultados se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Resultados del tercer análisis factorial del IMARDA con 2 factores

No. De ítem	Nombre del ítem	Factores	
		1	2
18	¿Te han hecho peticiones de índole sexual?	.489	.323
4	¿Se han burlado de ti por ser hombre o mujer?	.203	.142
13	¿Te han arrojado objetos con intención de dañarte?	.203	.142
14	¿Te han hecho insinuaciones de tipo sexual?	.549	.029
23	¿Te han propuesto actividad sexual bajo amenaza de reprobarte si no accedes?	.648	.161
16	¿Te han hecho comentarios insinuantes por tu forma de vestir?	.710	.103
1	¿Te han amenazado con perjudicarte académicamente?	.666	.255
20	¿Te han tocado innecesariamente de forma insinuante?	.283	.258
17	¿Te han hecho comentarios insinuantes por tu cuerpo?	.572	.220
15	¿Te han hecho bromas de índole sexual?	.568	.191
24	¿Has tenido experiencias dentro de la carrera que te han llevado a pensar en dejar los estudios	-.303	.665
8		.327	.770
2	¿Te han desacreditado tu capacidad?	.280	.533
9	¿Te han ridiculizado frente a tus compañeros?	.228	.800
6	¿Te han criticado ofensivamente por errores mínimos?	.251	.533
7	¿Te han insultado en clase?	.500	.468
3	¿Han desacreditado tu trabajo frente a tus compañeros?	.188	.619
12	¿Se han burlado de tu físico?	.434	.585
11	¿El docente ha obstaculizado tu desarrollo académico?	.072	.486
19	¿El docente te ha impedido expresar tu opinión?	.791	-.010
22	¿Te han propuesto actividades de índole sexual a cambio de recibir algún beneficio?	.791	-.010
5	¿Te han tocado de forma que te incomoda?	.312	.176
10	¿Se han burlado de tu forma de vestir?	.134	.612
21	¿El docente te ha ignorado en clase?	.569	-.004
25	¿Algún profesor de la carrera te ha acosado sexualmente?	-.272	.684
	¿Has tenido experiencias dentro de la carrera que te han llevado a reprobar alguna materia?		

Nota: Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Obsérvese en la tabla 2 que los ítems del factor 1 identificados con negritas corresponden al acoso sexual e igualmente los correspondientes al factor de maltrato psicológico (factor 2) están en negritas. Los 14 ítems restantes fueron eliminados del instrumento debido a su baja saturación en los factores. El IMARDA quedó conformado con 25 ítems y dos factores.

Conclusiones

Por el momento se cuenta con un instrumento confiable y válido para evaluar el *maltrato académico* y el *acoso sexual* en los estudiantes de medicina en particular y otros estudiantes de áreas de la salud en general; ya que cumple con las propiedades psicométricas necesarias para medir con exactitud y precisión estos dos constructos. Inventario que no dudamos será de utilidad práctica para profesionales interesados, especialmente por las implicaciones psicológicas que genera la conducta abusiva y el acoso sexual, dado que como lo han señalado Mangus, Hawkin y Miller (1998, Rautio, Sunnari y Nuutinen, 2005) tiene repercusiones importantes en el

rendimiento académico y eficiencia terminal de esta población.

Sin embargo, es importante reconocer que, si bien el inventario ha demostrado ser sensible, confiable y válido, en futuras investigaciones habrá que seguir probando y reformulando los ítems que fueron eliminados con la finalidad de que el inventario permita indagar otros comportamientos abusivos hacia los estudiantes, así como sus consecuencias psicológicas, académicas y sociales.

Referencias

- Bastías, N, Frasca, E, Ortiz I, Pérez C, Schaufele P. (2011). Bullying y acoso en la formación médica de posgrado. *RECS*; 8(1): 112-118.
- Bermeo, J.L., Castaño, C.J.J., López, R. A., Téllez, DC., Toro, Ch., S., (2014). Frecuencia de abuso académico a estudiantes de pregrado por parte de docentes de los programas de medicina de Manizales (Colombia), 2013. *Universidad de Manizales, Facultad de ciencias de la salud Centro de Investigaciones*: 1-14.

- Castaño-Castrillón, González, Guzmán, Stiven, Murillo, Páez-Cala, Parra y Salazar (2010). Acose sexual en la comunidad estudiantil de la Universidad de Manizales (Colombia) 2008, estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 61(1): 18-27.
- Frank, E., Carrera, J., Stratton, T., (2006). "Experiences of belittlement and harassment and their correlates among medical students in the United States: longitudinal survey". En *British Medical Journal*, 333: 682, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38924.722037.7C>. [Recuperado en noviembre de 2015]
- Herrera-Silva, J.C, Treviño-Mure, A., Acosta-Corona, CG., (2006). Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. *Medigraphic artemisa*: 18-30
- Iglesias B.JL., Zaldívar R. D., Bermúdez B. V., Guzmán L.A. (2005). Maltrato del estudiante de medicina. Percepción de 404 alumnos de cuarto, quinto y sexto año de la Carrera. *Medicina Universitaria*, 7(29):191-202.
- Joyce, M. F., Michelle, V., Neil, F., Parker, U.S., (2012). Eradicating medical Student Mistreatment: A Longitudinal Study of One Institution's Efforts. *Academic Medicine*. 87(9): 32-42
- Kassebaum, DG., Cutler, ER., (2003). On the culture of student abuse in medical school. *Acad Med*. 73. 1149-1158.
- Larkin, G. y Mello, M. (2010), "Commentary: doctors without boundaries: the ethics of teacher-student relationships in academic medicine", en "*Academic Medicine*, 85: 752-755.
- Maida S, AM, Herskovic M, V, Pereira S.A, Salinas-Fernández L, y Esquivel C.C. (2006). Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. *Revista Médica de Chile*. 134:1516-1523.
- Mangus. RS, H, Hawkins CE, Miller CJ. (1998) Prevalence of harassment and discrimination among 1996 medical school graduates: a survey of eight US school. *JAMA*: 280-851-8533
- Mariscal E., Navia, O., Paniagua, J., Uioeste, N.R., Aliaga, E., (2007). El maltrato y/o violencia: fenómeno de estudio en centros de enseñanza asistenciales – internado rotatorio de medicina gestión 2005-2006. *Cuad-Hosp-Clin*. 52:46-54
- Mariscal E., Navia, O., Paniagua, J., Uioeste, N.R., Aliaga, E., (2007). El maltrato y/o violencia: fenómeno de estudio en centros de enseñanza asistenciales – internado rotatorio de medicina gestión 2005-2006. *Cuad-Hosp-Clin*. 52:46-54

- Middleton J., (2008). Today I'm Grieving a Physician Suicide. *Ann Fam Med*. 6(3):267-269.
- Musselman, L., Macrae, H., Resnick, R. (2005). You learn better under the gun: intimidation and harassment in surgical education, en *Medical Education*, 9: 926-934.
- Ogden, P., Wu, E., Elnicki, M., (2005), Do attending physicians, nurses, residents, and medical students agree on what constitutes medical student abuse? en *Academic Medicine*: 80: S580-S583.
- Paredes, OL., Sanabria Ferrand, PA., González-Quevedo, L.A., Moreno, R. S.P., (2010). Bullyin en facultades de medicina Colombianas, mito o realidad. *Revista Médica*. 18(2): 161-172.
- Ranicich, AM, Niz, LY., Caprara, MP., Auranno, ME., Donato M., Sánchez, G. MA., Gelpi RJ., (2013). Actuaciones docentes consideradas como incorrectas por los alumnos de medicina: análisis comparativo entre dos universidades. *Revista Iberoamericana de Educación superior*. 9(IV):95-107.
- Rautio, A., Sunnari, V., Nuutinen, M. (2005). "Mistreatment of university students most common during medical studies" En *BMC Medical Education*, 5, 36. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-36.pdf> [Recuperado en noviembre del 2015].
- Ríos, N.B., Romero M.SL., Olivo, E. JR., (2013). La percepción del maltrato de las y los estudiantes nayaritas en las carreras universitarias de medicina y enfermería. Un primer acercamiento. *Waxapa* 5(9):20-30
- Sheehan, KH, Sheehan, DV; White, K, Leibowitz, A., Baldwin, DC., (1990). A pilot study of medical student "abuse", Student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. *JAMA*. 263: 533-537.
- Silver, HK., Glicken, AD. (1990). Medical student abuse. Incidence, severituy and significance. *JAMA*. 263:527-532.
- Soria M, Guerra M, Giménez I, y Escanero JF. (2006). La decisión de estudiar Medicina: Características. *Educación Médica*
- Wilkinson, T., Gill, D., Fitzjohn, J., (2006), "The impact on students of adverse experiences during medical school", EN *Medical Teacher*, 8: 129-135.