

Ij REVISTA CUC-CIENCIA PSICOLOGÍA Y SALUD

Número 3 • Junio 2021

*Casos clínicos • Educación • Medio ambiente
Deporte • Neurociencias
Psicología (clínica, educativa, organizacional, social)
Salud pública • Epidemiología*

DIRECTORIO

Ij REVISTA CUC-CIENCIA PSICOLOGÍA Y SALUD

Jesús Cabral Araiza

Director

María de la Luz Aviña Jiménez

Codirector

Elizabeth Ortiz Barba González

Editor responsable

Francisco Gerardo Herrera Segobiano

Laura Biurcos Hernández

Diseño

COMITÉ EDITORIAL

Cecilia Shibya Soto (CUCSH-UDEC); Esperanza Vargas Jiménez (CUCOSTA-UDEC); Flor Micaela Ramírez Leyva (CUCOSTA-UDEC); Ismael Ortiz Barba (CUCSH-UDEC); Jesús Cabral Araiza (CUCOSTA-UDEC); Jorge Alejandro Sánchez Castellón (CUCOSTA-UDEC); Jorge López Haro (CUCOSTA-UDEC); José Carlos Cervantes Ríos (CUCOSTA-UDEC); Karen Elizabeth Peña Joya (CUCOSTA-UDEC); María de la Luz Aviña Jiménez (CUCOSTA-UDEC); Martha Cristina Bañuelos Hernández (CUCOSTA-UDEC); Paola Cortés Almanzar (CUCOSTA-UDEC); Raquel Domínguez Mora (CUCOSTA-UDEC); Sergio Alberto Viruete Cisneros (CUCOSTA-UDEC); Silvana Mabel Núñez Fadda (CUCOSTA-UDEC).

REVISORES DEL PRESENTE NÚMERO

Flor Micaela Ramírez Leyva (CUCOSTA-UDEC); María de la Luz Aviña Jiménez (CUCOSTA-UDEC); Jorge Alejandro Sánchez Castellón (CUCOSTA-UDEC).

REGISTRO DE ARTÍCULOS

revistapsicologiaysalud@cuc.udg.mx

FACEBOOK

Revista CUC-ciencia Psicología y Salud

TIPO DE PUBLICACIONES

Revisión de literatura y artículos originales • Estudio de caso • Estudio transversal • Estudio longitudinal • Cohorte • Ensayo controlado aleatorio (RCT) • Revisión sistemática • Meta-análisis.

SECCIONES DE LA REVISTA

Casos clínicos • Educación • Medio ambiente • Deporte • Neurociencias • Psicología (clínica, educativa, organizacional, social) • Salud pública • Epidemiología.



DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
Departamento de Psicología

Ij REVISTA CUC-CIENCIA PSICOLOGÍA Y SALUD

Número 3 • Junio 2021

Casos clínicos • Educación • Medio ambiente

Deporte • Neurociencias

Psicología (clínica, educativa, organizacional, social)

Salud pública • Epidemiología

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Ricardo Villanueva Lomelí

Rector General

Héctor Raúl Solís Gadea

Vicerrector Ejecutivo

Guillermo Arturo Gómez Mata

Secretario General

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA COSTA

Jorge Téllez López

Rector

José Luis Cornejo Ortega

Secretario Académico

Mirza Liliana Lazareno Sotelo

Secretario Administrativo

Remberto Castro Castañeda

Director de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Jesús Cabral Araiza

Jefe del Departamento de Psicología

Ij REVISTA CUC-CIENCIA PSICOLOGÍA Y SALUD. Año 3, No. 3, Junio 2021, es una publicación anual editada por la Universidad de Guadalajara, a través del Departamento de Psicología por la División de Ciencias Biológicas y de la Salud del Centro Universitario de la Costa. Av. Universidad 203, delegación Ixtapa, 48280, Puerto Vallarta, Jalisco, México; teléfono 322 226 2200. revistapsicologiaysalud@cuc.udg.mx, <http://www.cuc.udg.mx/es/ediciones-revista>, Editor responsable: Elizabeth Ortiz Barba González. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo 04-2018-071914235000-203, ISSN: 2683-2801, otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de éste número: Departamento de Psicología, Elizabeth Ortiz Barba González. Av. Universidad 203, delegación Ixtapa, 48280, Puerto Vallarta, Jalisco, México. Fecha de la última modificación 31-mayo-2021.

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

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Universidad de Guadalajara.

Contenido

INTRODUCCIÓN

- La ciencia ante la nueva realidad 7
Jorge Alejandro Sánchez Castillón

PSICOLOGÍA

- Algunas consideraciones desde la psicología
sobre la bioética y el bioderecho 9
Jesús Cabral Araiza, Adolfo Espinosa de los Monteros Rodríguez,
José López Guiarte y Nelida Emeria Robles Chávez

CASOS CLÍNICOS

- Importancia de la desactivación emocional después
de un evento traumático, para evitar la aparición
del Trastorno de Estrés Postraumático en bomberos
estructurales de la Coordinación Municipal de
Protección Civil y Bomberos, Zapopan, Jalisco
ESTUDIO DE CASO 20
Omar Soto Talavera y Guadalupe F. Renovato Ortiz

- El Yoga como terapia alternativa
durante el proceso de rehabilitación
dirigido a pacientes del Ceread Puerto Vallarta
ESTUDIO DE CASO 32
Manuel Andrés Carroll Corral

Identificación y análisis de los factores
de riesgo psicosocial, NOM-035-STPS, en
la Coordinación Municipal de Protección
Civil y Bomberos, Zapopan, Jalisco

ESTUDIO DE CASO

Omar Soto Talavera

43

SALUD PÚBLICA

Actitud y conocimiento hacia los usos de
la cannabis y el cáñamo en estudiantes
de la Licenciatura en Ingeniería Civil y
Licenciatura de Médico Cirujano y Partero
del Centro Universitario de la Costa

Hiram Kanek González Vera y Diana Jennifer López Ramírez

56

La ciencia ante la nueva realidad

«Memoria selectiva para recordar lo bueno,
prudencia lógica para no arruinar el presente y
optimismo desafiante para encarar el futuro».

Isabel Allende

Jorge Alejandro Sánchez Castellón

En lo que parece ser una reconfiguración de la construcción social e individual de los riesgos, manejo y modulaciones derivadas de la Pandemia COVID-19; es un gusto presentar el tercer número de la Revista Ij CUC-Ciencia Psicología y Salud, significativamente en un periodo donde las variables en Salud han sido deconstruidas, de la mano de las concepciones en la Psicología y por ende, en el manejo de situaciones como el estrés postraumático en todos nosotros, y principalmente explicado mediante el artículo «Importancia de la desactivación emocional después de un evento traumático en Bomberos de Zapopan», contemplando características muy específicas de los integrantes con respecto al manejo de los efectos de situaciones de deceso, realizando un análisis comparativo entre grupos (con y sin intervención psicológica) y motivando a la creación de estrategias de desactivación emocional. Así mismo, identificando y reconociendo la importancia de la detección temprana y el análisis de riesgos psicosociales en integrantes de la Coordinación Municipal de Protección Civil y Bomberos de Zapopan, mediante la aplicación de test y análisis de los resultados.

De igual manera, hemos podido observar, y derivado de los movimientos producto de la pandemia por COVID-19, afectaciones al personal de salud por la repercusión emocional que implica enfrentarse a situaciones complejas y estresantes que retan los mecanismos de regulación emocional y capacidad de adaptación a la vida cotidiana para mantener un estado de salud mental óptimo (Muñoz-Fernández *et al.* Respuestas emocionales y manejo del personal de salud por COVID-19).

Mismas que han generado adaptaciones como las revisadas en el artículo «El Yoga como terapia alternativa durante el proceso de rehabilitación en pacientes del Ceread Puerto Vallarta» donde se presentan los resultados de la intervención a manera de taller de yoga en dichos participantes, identificando efectos positivos posteriores a la práctica, disminución de tensión, ansiedad, problemas para dormir, entre otros.

Cabe recalcar, la invitación a que las prácticas antes mencionadas, así como futuras investigaciones, mantengan principios en el ejercicio de la práctica profesional que persiguen

proteger los derechos y la dignidad de las personas. La ética del Psicólogo en la práctica profesional debe ajustarse a los principios generales de su código deontológico. Estos principios profesionales, y los principios bioéticos persiguen los mismos fines, el respeto y la protección de la autodeterminación del paciente. El artículo «Algunas consideraciones desde la psicología sobre la bioética y el bioderecho» discurre algunos aspectos de esta concurrencia ética. Dicho artículo expone la coincidencia de principios generales del Código Deontológico de la Psicología y los principios de Bioética; en él se abordan aspectos y consideraciones de materias interdisciplinarias de la psicología y su aporte en la bioética y el bioderecho.

Junio de 2021

Algunas consideraciones desde la psicología sobre la bioética y el bioderecho

Jesús Cabral Araiza, Adolfo Espinosa de los Monteros Rodríguez,
José López Guiarte y Nelida Emeria Robles Chávez

RESUMEN: La bioética mantiene principios en el ejercicio de la práctica profesional que persiguen proteger los derechos y la dignidad de las personas humanas, de los excesos de la mala práctica en los diferentes ámbitos del conocimiento humanos. La ética del psicólogo en la práctica profesional debe ajustarse a los principios generales de su Código Deónico. Estos principios profesionales, y los principios bioéticos persiguen los mismos fines, el respeto y la protección de la autodeterminación del paciente. El artículo discurre algunos aspectos de esta concurrencia ética. El presente artículo expone la coincidencia de algunos principios generales del Código Deónico de la Psicología y los principios de Bioética; en él se discurre sobre algunos aspectos y consideraciones de materias interdisciplinarias de la psicología y su aporte en la bioética y el bioderecho, la forma en que fueron integrándose y participando en la vida social.

Palabras clave: psicología, bioética, bioderecho, ética, salud.

ABSTRACT: Bioethic maintains principles in the exercise of professional practice that seek to protect the rights and dignity of humans, from the excesses of bad practices in the different areas of human knowledge. The ethics of the Psychologist in professional practice must adjust to the general principles of its deontic code. These professional and bioethical principles pursue the same goals, respect and protection of the patient's self-determination. This article will discuss some aspects of this ethical concurrence and will present the coincidence of some general principles of the Deontic Code of Psychology and the principles of Bioethics. The following text will also debate aspects and considerations of interdisciplinary psychology subjects and

their contribution to bioethics and Biolaw, the way in which they have been integrated and have participated in social life.

Key words: psychology, biotecnic, biolaw, ethic, health.

INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO

Para el presente trabajo, en una primera parte, se establecen los conceptos de bioética de diversos autores, en segundo lugar, la intervención del derecho en estos campos y la necesidad de que este regule el actuar en todo campo donde se tomen decisiones sobre la vida, en particular desde el punto de vista de la psicología; ello es parte de discusión en el campo de psicología que engloban la bioética.

Los principios éticos del psicólogo tales como Beneficencia y no maleficencia; Fidelidad y responsabilidad; Integridad; Justicia y Respeto por los derechos y dignidad de las personas. No distan mucho de los establecidos en la bioética principalista, tales como beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Aunque los mismos tienen ciertos matices que serán materia de la disertación del presente artículo.

Especialmente en el ejercicio de la psicología en el área de la salud, particularmente el ámbito del quehacer clínico, la bioética se desarrolla con mayor naturalidad; debido a que el psicólogo participa en la investigación y en la psicoterapia. De acuerdo con Ücker *et al.* (2008):

La actuación del profesional en ese contexto se caracteriza por la inter-disciplinariedad, y

en función de eso se torna relevante la apertura de espacios de discusión en los centros de salud, con el objetivo de desarrollar una propuesta de estudio de casos referentes a los aspectos éticos presentes en las circunstancias cotidianas de la práctica profesional. Actualmente la bioética ha sido foco de atención de investigadores y profesionales, siendo su inserción fundamental en la reflexión de las cuestiones que envuelven el proceso salud-enfermedad en clínicas, hospitales y unidades básicas (p. 117).

En los últimos apartados se refieren algunos aspectos de la discusión y se exponen consideraciones finales a manera de conclusión enumerada, que pretenden aportar a la reflexión de la relación de la psicología y la bioética; que continuarán a lo largo de la vida profesional.

SOBRE LOS PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA

Hablar de los temas tan cercanos como la bioética y el bioderecho, ameritan puntualizar su cercanía temática con la psicología, por lo que se abordarán algunos de los *Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta American Psychological Association* (2010), que, aunque no son de aplicación en nuestro país, sí son orienta-

tivos para los fines didácticos del presente artículo. Establece los principios generales siguientes: Beneficencia y no maleficencia; Fidelidad y responsabilidad; Integridad; Justicia y Respeto por los derechos y dignidad de las personas.

Los anteriores principios del ejercicio profesional del psicólogo, van de la mano en un grado muy cercano con los cuatro principios generales de la Bioética, que son: Beneficencia y no maleficencia, Justicia y Autonomía. Esta vinculación, no es ni mucho menos coincidente; por el contrario, se enmarca en un contexto de avances científicos y tecnológicos, que ofrecen nuevos dilemas y retos en el ejercicio profesional en general, dada la complejidad de nuestra realidad social. En este camino la Psicología no se encuentra solo aislada; es menester participar con profesionales en áreas de la medicina, el medio ambiente, el derecho, ingenierías, biología, trabajadores sociales, filosofía, etc., para incluir sus saberes y planteamientos, en una participación transversal en el abordaje de cada uno de estas nuevas realidades, en el que convergen las tecnologías, la virtualidad, la ciencia y la fragilidad en este contexto de mantener la autonomía de la voluntad.

El contenido de los principios generales establecidos en *Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta American Psychological Association*, tienen los siguientes principios:

Principio A: Beneficencia y no maleficencia

Los psicólogos se esfuerzan por hacer el bien a aquellos con quienes interactúan profesionalmente y asumen la responsa-

bilidad de no hacer daño. En sus acciones profesionales, tratan de salvaguardar el bienestar y los derechos de aquellos con quienes interactúan profesionalmente y de otras personas afectadas, como asimismo el bienestar de animales utilizados en la investigación. Cuando aparecen conflictos entre las obligaciones o intereses de los psicólogos, intentan resolverlos de una manera responsable que evite o minimice el daño. Ya que los juicios y acciones científicos y profesionales de los psicólogos pueden afectar la vida de otros, están atentos a y se cuidan de factores personales, financieros, sociales, institucionales o políticos que pudieran llevar al mal uso de su influencia. Los psicólogos se esfuerzan por ser conscientes de los posibles efectos de su propia salud física y mental sobre su habilidad para ayudar a aquellos con quienes trabajan.

El anterior principio propone actuar dentro de la buena fe en la relación con el paciente y realizar su actividad profesional manteniendo el interés y el beneficio del paciente, actuando en su provecho y no causarle daño, o en su caso minimizar el mismo. Al respecto refiere Ocampo (2013) específicamente en la psicología clínica:

...que el vínculo reciente entre la ética y la psicología clínica es de dos tipos: uno de carácter cognoscitivo y otro de orden bioético. El primero de ellos, se refiere a que la psicología clínica puede contribuir en gran medida al conocimiento de la conducta moral de los enfermos a partir de su actitud ante la enfermedad y ante su entorno familiar y social; lo anterior en el contexto del sistema de valores de la cultura y de la población en la

que se regula la conducta. Refiere. Más adelante señala que muchos de los dilemas y del significado que la propia persona le da a la interacción que mantiene con ellos, tienen un significado moral: poseen invariablemente un fondo de carácter moral, determinado por su cosmovisión y por el ambiente social donde el sujeto se desenvuelve. Las motivaciones e impulsos humanos al ser analizados por la psicología clínica permiten conocer cuando una acción humana puede escapar o no a una valoración moral y ética (p. 254).

Respecto del siguiente principio de Fidelidad y responsabilidad, refiere textualmente lo siguiente:

Principio B: Fidelidad y responsabilidad

Los psicólogos establecen relaciones de confianza con aquellos con quienes trabajan. Son conscientes de sus responsabilidades profesionales y científicas con la sociedad y las comunidades específicas donde interactúan. Los psicólogos apoyan las normas de conducta profesional, determinan sus roles y obligaciones profesionales, aceptan la adecuada responsabilidad por sus acciones y procuran manejar los conflictos de intereses que puedan llevar a explotación o daño. Los psicólogos consultan con, se dirigen a, o cooperan con otros profesionales e instituciones según sea necesario para servir los mejores intereses de aquellos con quienes trabajan. Se preocupan por el cumplimiento ético de las conductas científicas y profesionales de sus colegas. Los psicólogos se esfuerzan por aportar una parte de su dedicación profesional a cambio de una

compensación o beneficio personal muy bajos o nulos.

En el principio anterior, se advierte que, en la Fidelidad y responsabilidad, también se encuentran el contenido de Beneficencia y no maleficencia como principios de bioética, al referir aspectos como la confianza, la responsabilidad profesional, de la mano con las obligaciones que tienen para con los pacientes que eviten que causen explotación o daño a los mismos. El ánimo es trabajar por los intereses del paciente y conducirse en apego a la ética profesional para con ellos. El monto del pago de las contraprestaciones, no implicará forma alguna de afectación a la profesionalidad con la que se debe ofrecer la atención al paciente.

El siguiente principio de Integridad establecido en el Código Deontológico del Psicólogo, refiere lo siguiente:

Principio C: Integridad

Los psicólogos buscan promover la exactitud, honestidad y veracidad en la ciencia, docencia, y práctica de la psicología. En estas actividades, los psicólogos no roban, ni engañan, ni se involucran en fraude, subterfugio, o tergiversación intencional de hechos. Los psicólogos se esfuerzan por mantener sus promesas y evitan asumir compromisos poco claros o imprudentes. En situaciones en las cuales el engaño pueda ser éticamente justificable para maximizar los beneficios y minimizar el daño, los psicólogos tienen la obligación seria de considerar la necesidad, las posibles consecuencias y la responsabilidad de corregir cualquier pérdida de confianza resultante u

otros efectos nocivos que surjan por el uso de tales técnicas.

El anterior principio va de la mano con el principio de Beneficencia y no maleficencia de bioética, dado que el compromiso de conducirse con integridad, implica la honestidad en el ejercicio profesional, entendida como un ejercicio de probidad en la misma, el recto actuar y el recto pensar en el desempeño profesional del psicólogo. Por ello, al trabajar en interés del paciente implica no desarrollar conductas reprochables y mucho menos delictivas, como el abuso de confianza o las diferentes modalidades de fraude, aquí la importancia en revisión respecto al bioderecho.

El siguiente principio es el de Justicia, que refiere lo siguiente:

Principio D: Justicia

Los psicólogos reconocen que la imparcialidad y la justicia permiten que todas las personas accedan y se beneficien de los aportes de la psicología, y que se equipare la calidad de los procesos, procedimientos y servicios llevados a cabo por los psicólogos. Los psicólogos ejercen un juicio razonable y toman las precauciones necesarias para asegurar que sus potenciales prejuicios, los límites de su competencia, y las limitaciones de su pericia no los conduzcan ni les permitan aprobar prácticas injustas.

El principio de Justicia también se encuentra referido dentro de los principios de bioética, lo cual implica que los participantes en las investigaciones, o no reciban o asuman cargas innecesarias dentro de los procedimientos. Al ir de la mano con el

principio de Beneficencia y no maleficencia; el principio de Justicia permite que se mantenga cualquier actividad en interés del paciente, por lo que las personas son en sí mismo un fin y no un medio para acceder a ningún tipo de conocimiento que implique sufrir perjuicios por su participación en prácticas que pudieran ser consideradas excesivas y desproporcionadas.

El siguiente y último principio en la ética del psicólogo es el siguiente:

Principio E. Respeto por los derechos y la dignidad de las personas

Los psicólogos respetan la dignidad y el valor de todas las personas y el derecho a la privacidad, a la confidencialidad y a la autodeterminación de los individuos. Los psicólogos tienen conocimiento de que puede ser necesario proteger los derechos y el bienestar de las personas y las comunidades cuya vulnerabilidad afecte la toma de decisiones de manera autónoma. Los psicólogos conocen y respetan las diferencias de roles, culturales e individuales, incluso las relacionadas con la edad, el género, la raza, el origen *étnico*, la cultura, la nacionalidad, la religión, la identidad u orientación sexual, la discapacidad, el idioma y el nivel socioeconómico y consideran estos factores al trabajar con miembros de estos grupos. Los psicólogos intentan eliminar el efecto que pueda producir en su trabajo cualquier tipo de prejuicio basado en estos factores y no participan ni permiten actividades de terceros basadas en dichos prejuicios a sabiendas.

Este último principio empata el principio bioético de autonomía; en él se sin-

tetiza la dignidad y el respeto de los derechos humanos de las personas; en el que las personas son un fin en sí mismo y todo conocimiento, práctica, intervención y acto profesional, se orienta en absoluto respeto a la persona y a sus derechos. Este principio ético de los psicólogos desglosa el respeto tanto a los derechos, como a la dignidad humana. Siendo consciente de la importancia de la confidencialidad y la privacidad del paciente. La autonomía, implica el consentimiento previo e informado del paciente en cuanto al tratamiento, técnica, e intervención a la que sea sometido. Por lo que el respeto a la autodeterminación y el conjunto de derechos humanos son básicos para su tratamiento. El psicólogo está vinculado al compromiso ético de actuar y conducirse tomando en cuenta el contexto individual y social del sujeto y no actuar con prejuicios a la persona.

Una vez referidos los principios generales del Código Deónico en el ejercicio profesional de la psicología, vale la pena detenerse a recapitular algunos conceptos generales sobre bioética:

LOS CONCEPTOS

Hablar de los temas tan cercanos como la bioética y el bioderecho, ameritan puntualizar su vinculación temática. Trataremos de hacer ello en este apartado.

LA BIOÉTICA

La definición de Bioética de Casinelli (2017) en referencia a W. Reich (1978) «El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención

de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de principios y valores humanos». Es clara la necesidad de la participación transversal de las diferentes ciencias en el abordaje de los problemas actuales. La bioética ha evolucionado y seguro lo seguirán haciendo, en los varios aspectos del quehacer académico y científico que no pueden permanecer inmutables, las nuevas consideraciones al respecto tienen lugar todos los días. Al respecto, Junquera (2002) advierte en los avances biotecnológicos, y los nuevos descubrimientos que provocan una reflexión moral sobre cómo afectan estas novedades científicas y técnicas:

Ese hecho de volver la vista hacia la biomedicina ha llevado, como es suficientemente sabido, a la necesidad de incorporar en esta reflexión a profesionales no sólo de la filosofía sino también del amplio espectro de las ciencias de la salud, de la naturaleza, de la teología, de la sociología, de la psicología, etc. También en esta reflexión multidisciplinar surge la necesidad de regular los posibles conflictos que van apareciendo y de proteger los intereses en juego, papel reservado en todo entramado social al Derecho.

De igual manera es válida la afirmación del requerimiento de interdisciplinariedad y la necesidad del trabajo conjunto de diversos profesionistas, así lo encontramos en Aparisi (2007):

Es claro que las diversas ramas del saber no son compartimentos estancos, sino marcos abiertos al progreso del conocimiento, que continuamente se están reconfigurando. En este contexto, la especificidad y amplitud actual de la reflexión bioética –caracterizada, en gran medida, por una metodología

característica y un marcado carácter interdisciplinar—, permitiría considerarla, no sólo como una mera ética profesional o deontología particular, sino como un saber específico. Ello no contradice el hecho de que esta nueva materia requiera del auxilio de categorías y conocimientos propios de otras ciencias (p. 71).

Siguiendo con el desarrollo conceptual sobre Bioética, Padovani y Clemente (2010) señalan el acotamiento del contenido y alcance de la misma; al igual de los principios que se debe incorporar en el ejercicio profesional en todas las áreas del conocimiento:

La Bioética, por lo tanto, es una ciencia conductual porque estudia la conducta humana, no analiza los fenómenos naturales ni lo que hacen los seres vivos no conscientes. Su campo no se limita a la actividad en los campos de la investigación biomédica y la atención en salud, si no que se extiende a toda la actividad humana que se dirija la vida, porque el bien a tutelar por ella es precisamente LA VIDA. Así se incorporan los atentados contra el medio ambiente, el racismo, la discriminación, el genocidio, etc. Utiliza como herramientas de análisis valores y principios éticos y a los clásicos tres principios iniciales (Autonomía, Beneficencia y Justicia) se incorporó la No maleficencia y más recientemente el principio de solidaridad, para muchos, incluidos los autores del presente artículo, principio rector, la Solidaridad (p. 3).

Después de haber hecho un recorrido por algunos conceptos, entender su origen y la

relevancia que tiene para nuestro contexto científico, social y cultural, queda más clara la importancia de la bioética para la psicología. Sin lugar a dudas, sabemos que todas las acciones o decisiones que tomamos en nuestra vida, sean estas desde las más básicas como pensar y realizar el desayuno de la mañana o las de mayor alcance como, el decidir trascender genéticamente a través de procrear un hijo, llevan implícitos procesos mentales cargados de un bagaje casi incontable de material diverso que grosso modo podríamos describir, como proceso biológico, social, cultural, familiar que al final nos permite aparentemente «tomar una decisión razonada».

Pues bien, cuando en éstas (decisiones) se implica juicios, éticos, de valor o legales se resuelven a través del bioderecho y la bioética, sin embargo, queda en el aire las cuestiones psicológicas en las que se ven envueltas y, ¿a qué nos referimos con esto? Sería muy aventurado atreverse a intentar describirlas, pues la diversidad de ellas es incontable, pero si podemos mencionar algunos ejemplos que nos pueden servir como referencia.

En el supuesto hipotético en el que una pareja homosexual decide a través de un vientre de alquiler ser padres, previo a esto se realizan todas las acciones tanto médicas como legales con la mujer que se presta para ello, sin embargo, en el desarrollo biológico del embarazo, se comienza a crear un vínculo tanto físico como emocional con el feto, al concluir la gestación entrega al bebé como legalmente se había establecido, pero psicológica y emocionalmente queda lastimada de tal forma que los años posteriores a este evento ella no lo puede

manejar aún con ayuda psicológica y deja daños irremediables.

Dentro del mismo caso, pero con otro protagonista, dentro del equipo médico existe un genetista brillante que no coincide por cuestiones morales con el hecho de que las parejas homosexuales sean padres, pero este caso en lo particular le permite desarrollarse y forma parte de un estudio importante en el ámbito científico y lo realiza con éxito. A éste evento se le conoce como disonancia cognitiva

ALGUNAS CONSIDERACIONES

El bioderecho como ya se ha señalado abarca muchas áreas del quehacer humano, no solo aquellas señaladas como meramente científicas. Sin embargo, muchas de las áreas vinculadas al bioderecho, como la psicología, han tenido una relación vincular cada día más destacada y vertiginosa, sea por su relación natural en áreas afines a la conducta humana y la dignidad misma de la persona. En este sentido, algunos artículos de los códigos éticos respectivos que, en nuestro país, atañen al quehacer psicológico y que vale la pena destacar aquí. Señalan, por ejemplo, algunos aspectos ya especificados desde los primeros trabajos en materia de ética profesional. Respeto a los derechos y la dignidad de las personas, cubriendo así una amplia gama de situaciones y quehaceres profesionales de la psicología.

Ahora bien, este es un ejemplo de las consideraciones coincidentes entre los códigos éticos del quehacer de psicólogo en México, sin embargo, cabe hacer las siguientes consideraciones:

1. De poco sirve que el código de ética de la psicología y las actualizaciones de colegios y asociaciones sean vigentes, si no se incluyen como materia de los currículos regulares en México. Es decir, son muy contados los ejemplos de materias de ética aplicada a la psicología o los maestros que se toman el tiempo para enseñar de manera inicial en las escuelas y facultades, los importantes contenidos que deberán ser considerados por los futuros profesionales de la psicología. Sin mencionar que muchos de los profesionales, no han revisado a profundidad o completo tanto el Código de ética de la Sociedad Mexicana de Psicología (1984) y el más reciente de la FENAPSIME (2018).

2. Casos de abuso físico, sexual o delito a la integridad a la persona, ¿dónde, ¿cuándo y cómo denunciar? En muchos casos los profesionales de la psicología no encuentran una orientación o no logran discernir entre sus enseñanzas o hasta sentido común, como se realiza este procedimiento, ante qué circunstancias y bajo qué principios éticos o ahora vistos bajo la lupa del bioderecho, pues, aunque parece fácil, no siempre se tiene la certeza académica y legal necesaria para proceder de manera adecuada y tratando de ser solvente en la solución del conflicto sin ser iatrogénico. Justamente es un aspecto a revisar interdisciplinariamente a fin de contar con certeza ética y jurídica.

3. Otro aspecto a considerar y que atañe a la propia atención clínica del estudiante de la psicología, es justamente su trabajo en materia de salud mental. Trabajo clínico, que independientemente del enfoque, es necesario para garantizar de mejor manera

que su actitud y trabajo profesional se apege a los lineamientos de los códigos de ética y las normas en materia de bioderecho que se han señalado (*vid. supra*). Esta práctica, si bien, se realiza en diversos países, en México solo ha sido adoptada por la gran mayoría de instituciones públicas y privadas que se encuentran en la frontera norte de nuestro país. Ciudades como Tijuana, Nogales, Tampico, entre otras, ponen como requisito de egreso y titulación que los alumnos acudan a terapia durante un lapso de cien o doscientas horas. Situación que para algunos les podrá parecer poca, pero si consideramos que muchos de esos alumnos y pacientes optan por continuar con un proceso psicoterapéutico, más allá de la obligatoriedad de las horas, buscando auténticamente su bienestar y salud mental y que ello se refleja no solo en su rendimiento escolar, se ve reflejado en su persona integralmente y de manera clara en su ejercicio profesional, podremos afirmar que la medida bien vale la pena ser considerada tanto en los códigos de ética profesional como en materia de bioderecho.

4. Respecto a los espacios laborales, la psicología es muy clara respecto a las condiciones y funcionalidad de los mismos, ello es otro punto de intersección entre las consideraciones en materia de bioderecho y ética psicológica, pues en algunas condiciones extraordinarias, las prácticas profesionales en materia de psicología, pudieran ser permisivos hasta cierto punto respecto a los espacios físicos, la discusión y establecimiento de las condiciones mínimas indispensables para un trabajo digno, deben ser establecidas por las dos áreas que aquí nos ocupan.

5. Por otra parte, en la búsqueda de una mayor profesionalización del ejercicio de la psicología en sus diversas áreas, se puede plantear que el bioderecho debiera ocuparse de hacer los señalamientos respectivos para exigir un mínimo de capacitación en las diversas áreas de aplicación profesional de la psicología con relación a contar con estudios especializados de nivel maestría, doctorado o especialidad en el área en la que se desea tener actividad profesional.

6. De igual manera, derivado del ejercicio en áreas de algún aspecto o temática que diversos profesionistas o personas que, sin contar con una formación profesional, realizan y afirman principios o evaluaciones psicológicas e incluso hasta tratamientos, el bioderecho bien podría pronunciarse en contra de dichas prácticas desleales e ilegales que afectan el quehacer profesional del psicólogo. Es decir que abogados, agrónomos, arquitectos, o cualquier otro profesionista, practiquen con principios de la psicología.

7. Un aspecto que vale la pena señalar y que en él convergen puntos de vista desde la bioética y los códigos de ética, es el referente a realizar «prácticas» psicológicas en lugares poco adecuados o con un público que espera una especie de espectáculo circense e incluso por el que se cobra alguna cuota. Cualquier actividad en aras de la psicología, deberá ser realizada en las condiciones profesionales y bajo los principios teóricos o científicos que rigen dicha práctica, independientemente de las discusiones epistemológicas establecidas al interior de los gremios profesionales sobre los enfoques en la psicología.

8. Un aspecto no menos importante es aplicar una legislación congruente con sancionar ante la competencia desleal que es objeto la psicología en México. Pues es sabido que muchos charlatanes sin estudios profesionales, hacen «trabajo» de psicología ante la complacencia de autoridades o falta de aplicación de leyes hacia dichos hechos. Si bien, es verdad que falta denuncia y conciencia del problema de parte de la sociedad, lo agrava la displicencia de muchas instituciones de gobierno que debieran regular y supervisar el trabajo en materia de psicología aplicada.

CONSIDERACIONES PARA FINALIZAR

Sin duda existe mucho trabajo por hacer no solo de quienes se han formado como psicólogos y abogados. También de las autoridades regulatorias y de los académicos diversos a quienes toca trabajar en materia de bioderecho. Sin duda y como área de estudio multidisciplinar y emergente, tiene un camino muy largo por recorrer, pero también es verdad que las bases están dadas y son sólidas. Los retos no son pocos, y si buscamos un tema central, puede bien tomarse de las consecuencias psicosociales de la pandemia mundial de finales de 2019 y hasta la fecha.

Hoy en día nadie debe dudar que el mejor trabajo es el que se hace entre disciplinas científicas y que aportan todas a un objeto de estudio o intervención, como es el caso del tema que nos ocupa. Cada día veremos más intervención y valoración en materia de bioderecho, nadie podrá considerarse el poseedor único de la verdad

o el veredicto final de las consideraciones en esta materia, pero sí que puede aportar ideas valiosas en pro de hacer una ciencia más humanista y asertiva del entendimiento humano.

Los principios éticos en la práctica profesional de la psicología, no sólo son concurrentes con los principios éticos de bioética en el ejercicio profesional en el ámbito de la salud; además abre todo un campo en el área de la investigación, y ello aplicada a las diversas áreas de la psicología y escuelas de la misma. Por ello, se debe profundizar en los dilemas planteados aquí, mismos que enfrenta el profesional del área ante los vertiginosos avances científicos y tecnológicos, que permanentemente se están incorporando a nuestra realidad cotidiana. Es menester que desde la universidad y los colegios profesionales se aborden los alcances y las nuevas preguntas que permitan la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aparisi M., Á. (2007). Bioética, bioderecho y biojurídica (reflexiones desde la filosofía del derecho). *Anuario de la Filosofía del Derecho*, (24), 63-84.
- Ücker Calveti, P., Fighera, J., y Campio Muller, M. (2008). A bioética nas intervenções em psicologia da saúde. *Psic: revista da Vetor Editora*, 9(1), 115-120. Recuperado el 17 de mayo de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142008000100014&lng=pt&tlng=

- Rotondo de Cassinelli, M. T. (2017). Introducción a la bioética. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 32(3), 240-248. <https://dx.doi.org/10.29277/ruc/32.3.4>
- FENAPSIME, Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México (2018). *Código de ética de las y los psicólogos mexicanos*. México: FENAPSIME.
- Junquera de Estéfani, R. (2002). El derecho y la bioética. [Dialnet-ElDerechoYLaBioetica-1958835.pdf](http://dialnet-elDerechoYLaBioetica-1958835.pdf)
- Ocampo Martínez, J. (2013). Bioética y psicología clínica: reflexiones. *Anales Médicos ABC*, 58(4), 253-259. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc134f.pdf>
- Padovani Cantón, A. M. y Clemente Rodríguez, M. E. (2010). ¿Qué es la Bioética? *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 14(1), 370-374. Recuperado el 23 de marzo de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100036&lng=es&tlng=es
- Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta American Psychological Association (APA) Enmiendas 2010* (2010). http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Salcedo Hernández, J. R. (2014). La ciencia del bioderecho. *Revista Bioderecho.es*, 1(1). <https://revistas.um.es/bioderecho/article/view/209251/167151>
- Sociedad Mexicana de Psicología (1984). *Código ético de la Psicología*. México: Trillas.

Importancia de la desactivación emocional después de un evento traumático, para evitar la aparición del Trastorno de Estrés Postraumático en bomberos estructurales de la Coordinación Municipal de Protección Civil y Bomberos, Zapopan, Jalisco

ESTUDIO DE CASO

Omar Soto Talavera y Guadalupe F. Renovato Ortiz

RESUMEN: Existen pocas investigaciones en población mexicana específicas en personal prestador de servicios de emergencia, bomberos, paramédicos y policías sobre la identificación y prevalencia de trastorno de estrés postraumático y mucho menos su prevención y atención oportuna, por lo que el presente estudio pretende mostrar de una manera metodológica la importancia de la desactivación emocional después de un evento traumático con alto contenido emocional (muerte de menores de edad en incendio estructural), esto para evitar la instalación del Trastorno de Estrés Postraumático (TEP).

Se compararon dos eventos similares; Grupo 1, incendio estructural de material altamente combustible (acumulación de papel, cartón, y muebles), en casa habitación de dos plantas, fallecieron 9 personas en el año 2009. Grupo 2, flamazo de gas licuado del petróleo (GLP) y posterior incendio estructural (muebles), en casa habitación de dos plantas, fallecieron 5 personas en el año 2018. El grupo 1 no recibió ninguna atención psicológica presentando después de 9 años sintomatología crónica de TEP relacionada específicamente con el evento del 2009. El grupo 2 recibió atención psicológica, *in situ e in pronta*, de manera adecuada con seguimiento a 1 mes y 6 meses después del evento, evitando la aparición de sintomatología de TEP.

Palabras claves: personal prestador de servicios de emergencia, bomberos, paramédicos, trastorno de estrés postraumático, desactivación emocional.

ABSTRAC: There are few specific investigations in the Mexican population in personnel providing emergency services, firefighters, paramedics and police on the identification and prevalence of post-traumatic stress disorder, much less its prevention and timely care, so this study aims to show in a way methodological the

importance of emotional deactivation after a traumatic event with high emotional content (death of minors in structural fire), this to avoid the installation of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).

Two similar events were compared; Group 1, structural fire of highly combustible material (accumulation of paper, cardboard, and furniture), in a house with two floors, 9 people died in 2009. Group 2, liquefied petroleum gas (LPG) flare and subsequent fire structural (furniture), in a two-storey house, 5 people died in 2018. Group 1 did not receive any psychological care, presenting after 9 years chronic symptoms of PTSD related specifically to the 2009 event. Group 2 received care psychological, in situ and prompt, adequately with follow-up at 1 month and 6 months after the event, avoiding the appearance of symptoms of PTSD.

Keywords: emergency service provider, firefighters, paramedics, post-traumatic stress disorder, emotional deactivation.

INTRODUCCIÓN

La idea común de la población que el personal prestador de servicios de emergencia, (policías, paramédicos, bomberos), son vistos de manera especial como si fueran unos súper héroes, que son invulnerables, pero esta es una percepción muy equivocada, ya que también son afectados en menor o mayor grado por los eventos traumáticos a los que acuden a diario. Ventura *et al.* (2008) exponen que el personal de bomberos está expuesto a emociones fuertes, y que estas se ven intensificadas por las condiciones en que llevan a cabo su labor, «la vivencia de muertes masivas o personas sufriendo y el tener que trabajar en situaciones en donde existe el riesgo de amenaza física real para ellos mismos».

Esto es bien sabido por el personal, ya que en los servicios de extinción de incendio la demanda es grande en recursos físicos y emocionales, que ponen a prue-

ba sus capacidades. Esto nos lleva a una exposición continua y hace que los bomberos se «conviertan también en víctimas» (García-Renedo, Valero y Gil, 2007, *apud* Kliman, 1976). En este sentido la frecuencia, intensidad de los eventos traumáticos están en directa relación para la aparición de trastornos mentales.

Valero (1996) presenta una primicia sobre las manifestaciones psíquicas que sufre el bombero, manifiesta que estas «tiende a pasar desapercibida, en parte por su resistencia a aceptar que ellos también son vulnerables». Esto cuadra perfectamente con los comentarios de las entrevistas realizadas al personal de bomberos de Zapopan que estuvieron involucrados en estos eventos traumáticos.

Hernández-Cadena y Orozco-Calderón (2018) mencionan que, la falta de investigaciones sobre las afectaciones psicológicas al personal es un tema que se ha dejado de lado en el personal de emergencia de

la Ciudad de México, no habiendo ningún programa de para prevenir consecuencias físicas y mentales, debido a la fuerte carga emocional y de estrés que viven constantemente en el trabajo al cuidar y proteger la vida de los demás.

Por lo que se plantea el siguiente objetivo de estudio comparativo de dos eventos altamente traumatizantes para el personal, ambos suscitados en el municipio de Zapopán, Jalisco, donde en el primer evento el personal no recibió ningún apoyo psicológico, y el segundo fue atendido *in pronta e in situ*.

OBJETIVO

Establecer las diferencias de abordaje y atención psicológica adecuada posterior a eventos traumáticos que sufre el personal que atiende una emergencia donde hay personas muertas, en especialmente menores de edad, estableciendo un antes y después a la existencia de un gabinete psicológico de atención al personal de operaciones en la Coordinación Municipal de Protección Civil y Bomberos Zapopan.

OBJETO DE ESTUDIO

Trauma psicológico; de acuerdo al DSM-V; trauma psicológico es definido como: «cualquier situación en la que una persona se vea expuesta a escenas de muerte real o inminente, lesiones físicas graves o agresión sexual, ya sea en calidad de víctima directa, cercano a la víctima o testigo» (APA, 2016).

Trastorno por estrés postraumático (TEP); de acuerdo al DSM-V, es: «un trastorno mental clasificado dentro del grupo de los tras-

tornos relacionados con traumas y factores de estrés, se caracteriza por la aparición de síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo» (APA, 2016).

Desactivación emocional; «es un proceso intenso, consistente en aprender a cuestionar nuestras emociones y conjunto de creencias sobre nosotros mismos y sobre la vida, ante todo aquellas que nos bloquean y reprimen, con el fin de abandonarlas y en última instancia, sustituirlas por otras» (Morán-Quiñonez, 2017).

MARCO TEÓRICO

Los traumas pueden dejar varias secuelas psiquiátricas como Trastorno de Estrés Posttraumático (TEP), depresión y trastornos de ansiedad, entre otros. De acuerdo con la definición del DSM-V, se cataloga dentro del trastorno de estrés postraumático, la exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático: exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza (APA, 2016), Cote y García (2016) presentan este ejemplo: «socorristas que recogen restos humanos, policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil».

En un estudio de la UNAM, Hernández-Cadena y Orozco-Calderón (2018) concluyeron que debido a la falta de investigación sobre estrés postraumático (EPT), en personal de emergencias, seguirá usándose el término de estrés traumático secundario (ETS), debido a que en los pocos estu-

dios que existen sobre el tema continúan refiriendo a dicho concepto.

Blasina S. de Camargo (2010), indica que el Síndrome de Adaptación General de Selye, se basa en la respuesta del organismo ante una situación de estrés ambiental distribuida en tres fases o etapas:

1. *Fase de alarma*. Ante la percepción de una posible situación de estrés, el organismo empieza a desarrollar una serie de alteraciones de orden fisiológico y psicológico (ansiedad, inquietud, etc.) que lo predisponen para enfrentarse a la situación estresante.

2. *Fase de resistencia*. Supone la fase de adaptación a la situación estresante. En ella se desarrollan un conjunto de procesos fisiológicos, cognitivos, emocionales y comportamentales destinados a «negociar» la situación de estrés de la manera menos lesiva para la persona.

3. *Fase de agotamiento*. Si la fase de resistencia fracasa, es decir, si los mecanismos de adaptación ambiental no resultan eficientes se entra en la fase de agotamiento donde los trastornos fisiológicos, psicológicos o psicosociales tienden a ser crónicos o irreversibles.

En este sentido el estrés puede ser definido como un estado de desequilibrio homeostático psicológico, que genera en el organismo una respuesta fisiológica emocional y conductual, para mantener dicha homeostasis como las manifestadas en el síndrome de Selye, nuestro organismo genera una activación de circuitos específicos constituidos genéticamente en el individuo y modulados constantemente por el ambiente. Cote y García (2016) especifican que «el estrés tie-

ne diferentes efectos sobre estructuras cerebrales como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal, en las cuales se produce una pérdida de las conexiones dendríticas entre estas áreas y esta pérdida puede verse reflejada sobre el comportamiento y la psicología del individuo expuesto a factores estresantes».

La Organización Mundial de la Salud, OMS (2020), nos presentó una agrupación de los síntomas del TEP para facilitar su comprensión que son:

1. *Reviviscencia psicológica del evento*, lo cual perturba las actividades diarias, episodios de reviviscencias, en donde el incidente parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez. Recuerdos reiterativos y angustiantes del hecho. Pesadillas repetitivas del hecho. Reacciones fuertes y molestas a situaciones que le recuerdan el hecho.

2. *Evitación*, insensibilidad emocional o sentirse como si no le importara nada. Sentimientos de indiferencia. No poder recordar aspectos importantes del hecho. Falta de interés en las actividades normales. Mostrar menos expresión de estados de ánimo. Evitar personas, lugares o pensamientos que le hagan recordar el hecho.

3. *Hiperexcitación*, examinar siempre los alrededores en busca de signos de peligro (hipervigilancia). No ser capaz de concentrarse. Sobresaltarse fácilmente. Sentirse irritable o tener ataques de ira. Tener dificultades para conciliar el sueño o para permanecer dormido.

4. *Pensamientos y estados de ánimo o sentimientos negativos*. Culpa constante acerca del hecho, incluso culpa del sobreviviente. Culpar a otros por lo sucedido. Incapacidad para recordar partes importantes

del hecho. Pérdida del interés por actividades o por otras personas. Sensación de tener un futuro incierto.

5. Síntomas *fisiológicos* relacionados con ansiedad, estrés y tensión:

- Agitación o excitabilidad
- Mareo
- Desmayo
- Sensación de latidos del corazón en el pecho.
- Dolor de cabeza

Lorenzo y Guerrero (2017) mencionan de igual manera, el personal de primera respuesta, que están constantemente expuestos a situaciones estresantes y psicotraumatizantes como parte de su profesión, consideran que es normal la aparición de algunos de los síntomas del TEP mencionados anteriormente. Sin embargo, indican que «si las reacciones cognitivas, conductuales, afectivas y fisiológicas persisten por más tiempo de lo que se esperaría, interfiriendo en su vida familiar, social y laboral, disminuyendo paulatinamente su calidad de vida, podríamos pensar en el desarrollo de otros síndromes y trastornos; siendo el síndrome de estrés traumático secundario y el trastorno por estrés postraumático los más comunes».

Siguiendo esta misma idea, Valero (1996) *apud* Mitchell (1989) afirma que, el estar expuesto a labores de triage de una emergencia, ver y manejar cadáveres seriamente mutilados, restos humanos esparcidos o calcinados, trabajos en ambientes altamente tóxicos o de alto riesgo, así como también los problemas de tipo organizativo de cada institución, tienen consecuencias graves sobre la salud física y mental de los

integrantes de un equipo de rescate o bomberos.

DESCRIPCIÓN DE LOS EVENTOS COMPARADOS

Grupo 1

Evento que tuvo lugar el 15 de septiembre 2009, incendio estructural en casa habitación dos plantas, mueren nueve personas, y una más en estado de salud estable, esto en el interior de un domicilio, ubicado en la Zona Centro de Zapopan. El incendio inicio en la parte baja de la vivienda, en donde aparentemente se fabrican dulces, además de piñatas y artículos para fiestas. Posteriormente, el humo invadió la parte alta del inmueble, lugar en donde se encontraban durmiendo diez habitantes de la finca.

Por su parte, personal del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses (IJCF), informó que los dos adultos y los siete menores que perdieron la vida en el incendio, fallecieron a consecuencia de intoxicación por monóxido de carbono coadyuvada por quemaduras en la superficie corporal, y que el porcentaje del cuerpo afectado por las quemaduras entre cada una de las víctimas variaba entre el 50 y 90 por ciento, los cuerpos fueron recuperados por el personal de bomberos para ser entregados a personal del IJCF.

El servicio fue atendido por personal de la estación 01 ubicada en la Curva de la unidad administrativa y de operaciones de los servicios de emergencia del municipio de Zapopan, calle Santa Lucía. Participando como primer respuesta ocho oficiales de esta coordinación.

Grupo 2

Evento que tuvo lugar el 28 de diciembre 2018, incendio casa habitación dos plantas de la colonia San Nicolás de los Belenes, en el municipio de Zapopan, cobró la vida de cinco personas. En la planta alta se localizaron tres cuerpos: una mujer joven en una recámara, una mujer de la tercera edad y una menor de un año, los tres fallecidos por inhalación de humo. Mientras que dos cuerpos en la cocina en la planta baja presentan lesiones por fuego directo (flamazo de GLP), no pudieron identificar sus características por las condiciones en las que quedaron, (posteriormente se determinó que eran un adulto y un menor).

El servicio fue atendido por personal de la estación 03 ubicada en la avenida Federalismo y periférico norte. Participando como primer respuesta seis oficiales de esta coordinación.

METODOLOGÍA

- Universo, personal de operaciones (bomberos estructurales) de la CMPCYBZ.
- Muestra de grupos:
 - Grupo 1: integrado por 2 mandos, 5 oficiales bomberos y 1 bombero voluntario.
 - Grupo 2: integrado por 2 mandos, 3 oficiales bomberos y 1 paramédico bombero.
- Entrevista psicológica a cada uno de los elementos involucrados en ambos eventos, según el programa anual del gabinete de psicología de la CMPCYBZ.
- Determinación de la existencia de TEP según los criterios diagnósticos del DSM-V (véase anexo 1).

- El análisis de datos obtenido se hizo cualitativamente, determinado solo quienes presentaron TEP, sintomatología manifiesta 1 y 6 meses después del evento y sintomatología manifiesta actualmente por dicho evento.
- Elaboración de cuadro comparativo (véase tabla 1), y análisis de resultados.
 - Observaciones generales.

RESULTADOS

Descripción de los grupos analizados; en ambos eventos fueron hombres, pertenecientes al área de operaciones de la CMPCYBZ.

Los elementos del grupo 1, todos contaban con más de 5 años de antigüedad en atención de incendios estructurales y emergencia. Del grupo 1 falta una evaluación ya que uno de los participantes falleció en el 2017.

Los participantes del grupo 2, cuatro contaban con más de 5 años de antigüedad y dos de ellos con menos de 5 años.

Ninguno de los participantes del grupo 1 (evento 2009), participó en el grupo 2 (evento del 2018).

La edad promedio, de los bomberos del grupo 1 fue de 34 años y del grupo 2 de 36.5 años.

El análisis comparativo se centró exclusivamente en la sintomatología, prevalencia y si recibieron alguna atención psicológica o no, en ambos grupos; los datos obtenidos se vaciaron en la tabla 1.

El único participante del 2018 que muestra datos de TEP, se encontraba en terapia psicológica por otros servicios que había atendió de atención médica prehospitalaria, al momento del incidente.

TABLA 1. DATOS DE PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE TEP, EN AMBOS GRUPOS

<i>Esferas indagadas</i>	<i>Grupo 1 Evento 15-09-09</i>	<i>Grupo 2 Evento 28-12-18</i>
Recibió atención psicológica posterior al evento	8 de 8 NO	6 de 6 SÍ
Presencia TEP 1 mes	7 de 8	1 de 6
Presencia TEP 6 meses	6 de 8	1 de 6
Datos de depresión, posterior al evento	4 de 8	0 de 6
Datos de ansiedad, posterior al evento	4 de 8	3 de 6
Datos de molestia (ira, impotencia), posterior al evento	7 de 8	6 de 6
Presencia de TEP actualmente	4 de 8	1 de 6
Datos de depresión, actualmente	3 de 8	0 de 6
Datos de ansiedad, actualmente	5 de 8	0 de 6
Datos de molestia (ira, impotencia), posterior al evento, actualmente	6 de 8	3 de 6

Las emociones de ira e impotencia son las únicas manifestaciones recurrentes que ambos grupos se presentaron.

DISCUSIÓN

Actualmente durante la entrevista psicología al personal del grupo 1, se detecta enojo y desesperación por lo que sucedió y no pudieron hacer más, así como el que lo hayan hecho marchar en el desfile donde fueron abucheados e insultados por algunas personas. La emoción presente en la mayoría de los participantes del grupo 2, tiene manifestaciones de enojo, por la falta de prevención en el manejo de los cilindros de gas LP, por las compañías gaseras.

Lo más significativo fue que al principio hubo reticencia porque a nadie le gusta hablar de estos acontecimientos, y admitir que se tienen síntomas, porque NO se quiere ser considerado débil o mentalmente inestable, Kinchin (2002), indica que las personas con TEP les resulta más fácil hablar de otros problemas que acompañan al TEP

(dolor de cabeza, problemas de sueño, irritabilidad, depresión, tensión, abuso de sustancias, problemas familiares o laborales), que de lo que en realidad les está causando estos síntomas. En este mismo sentido en las entrevistas psicológicas al personal que participó en dichos eventos se detectó un gran contenido emocional al recordar el evento traumático del 2009, como citan Meda *et al.* (2012) «se puede reconocer que en estas profesiones un fuerte contenido emocional, las esferas afectivas y del estado de ánimo del trabajo son objeto de preocupación cada vez mayor, a medida que el medio ambiente de trabajo se hace más complejo. La respuesta a situaciones crónicas de estrés puede llevar al desarrollo del estrés traumático secundario».

Un punto específicamente tratado y que demuestra una de las grandes diferencias es la citada por Meda *et al.* (2012) «Las propias expectativas con las que los equipos de emergencia comienzan el desarrollo de la profesión resultan, con la práctica diaria, frustradas y todo ello en ocasiones en un

entorno de presión asistencial, social y de sensación de desamparo por parte de la institución». Esto es doloroso, pero así sucedió en el 2009 donde el personal del grupo 1 se sintió abandonado sin apoyo y forzado a continuar su labor si hacer una desactivación psicológica o emocional lo que les generó más estrés, máxime lo sucedido durante el desfile que, si bien seguir adelante con la cara en alto es un reforzador de orgullo y pertenecía, la población no lo vio así, los abucheó y reprochó lo sucedió horas antes. Esto contrasta con lo sucedido en el 2018, donde el personal del grupo 2, en el mismo evento tuvo un *debriefing* y una desactivación emocional adecuada, seguimiento individual a demanda del personal una reevaluación 1 mes posterior al evento y otra reevaluación a los 6 meses, siendo algo que se aplica ya en cuerpos de emergencia en México (Arumir, 2009).

Por estas razones, es necesario que los bomberos que reúnan una serie de condiciones de exposición a eventos traumáticos como los descritos, se les ayude a enfrentar con éxito cualquier tipo de situación estresante, crítica o peligrosa que surja o pueda surgir en sus intervenciones. Es por ello que hemos considerado de gran importancia trabajar en la concientización de la importancia que tiene la primera ayuda psicológica, para poder preservar la integridad de los bomberos como y de las personas que intervienen en las situaciones de alto impacto de trauma psicológico.

CONCLUSIÓN

Se observa una diferencia significativa entre un grupo y otro; el grupo 1 no tuvo ningún

tipo de atención o consideración, y después de varios años presenta datos significativos de un TEP y el grupo 2 con el que se realizó una intervención *in situ* e *in pronta* de desactivación emocional y un adecuado seguimiento a 1 mes y 6 meses después del evento,

Esto evito la aparición de sintomatología propia del TEP, logrando sortear la acumulación de ansiedad y depresión; como se detectó en el personal que participó en el evento del 2009.

BIBLIOGRAFÍA

- Arumir García, R. (2009). *Protocolo para el desahogo psicoemocional del personal que atiende emergencias y desastres en el área de protección civil del Distrito Federal*. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2016). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)*. 5ª ed. Estados Unidos de América: APA.
- Cote, L. P. y García, A. M. (2016). Estrés como factor limitante en el proceso de toma de decisiones: una revisión desde las diferencias de género. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1). DOI: <https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.02>
- De Camargo, Blasina, S. (2010). Estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista Médico Científica*, 17(2), 78-86.
- García-Renedo, M., Valero Valero, M., y Gil Beltrán, J. M. (2007). *Psicología y desastres: aspectos psicosociales*. España: Digitalia.

- Hernández-Cadena, K. M. y Orozco-Calderón, G. (2018). Estrés postraumático en personal de emergencias asociado al funcionamiento cognitivo e inteligencia emocional. *Ciencia & Futuro, La Revista Científica Estudiantil del ISMM*, 8(4), 120-136.
- Jansen, A. S., Nguyen, X. V., Karpitskiy, V., Mettenleiter, T. C., y Loewy, A. D. (1995). Central command neurons of the sympathetic nervous system: basis of the fight-or-flight response. *Science Magazine*, 270(5236), 644-646. DOI: 10.1126/science.270.5236.644
- Kinchin, D. (2002). *Trastorno de estrés postraumático, una herida invisible*. Success unlimited.
- Meda, R., Moreno-Jiménez, B., Palome-ra, A., Arias, E., y Vargas, R. (2012). La evaluación del estrés traumático secundario. Estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de Guadalajara, México. *Terapia Psicológica*, 30(2), 31-41. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200003>
- Morán-Quiñonez, J. R. (2017). Contención emocional: una necesidad para la desactivación emocional Ante Stress-Burnout. *Polo del Conocimiento*, 2(13). DOI: 10.23857/pc.v2i11.399
- Lorenzo Ruiz, A. y Guerrero Ángeles, A. E. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por estrés postraumático o estrés traumático secundario? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(2), 252-265.
- Organización Mundial de la Salud (2020). Curso: Salud mental durante la pandemia COVID-19. México: SSA.
- Valero Alamo, S. (1996). *Manual para el cuidado de la salud mental de los Equipos de Primera Respuesta*. <http://WWW.angelfire.com/dc/cmm20/primera.htm>
- Ventura, R. E., Reyes, S., Moreno, R., Torres, R., y Gil, R. (2008). Estrés postraumático en rescatistas. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 7(4), 1-7.

ANEXOS

ANEXO 1. VALORACIÓN DE LA PRESENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Instrucciones

1. Leer con atención cada inciso y contestar según las indicaciones.
2. Si tú has presenciado, vivido alguna de las experiencias mencionadas marcar la columna en blanco con un SÍ presente si no marcar NO presente.
3. Si tú has padecido alguna de las molestias o tenido alguna de las conductas mencionadas marcar la columna en blanco con un SÍ presente si no marcar NO presente.
4. Si has presenciado o padecido alguna de las conductas o pensamientos mencionados marcar si estos han estado presentes más de **1 mes**.
5. Si has presenciado o padecido alguna de las conductas o pensamientos mencionados marcar si estos han estado presentes más de **6 meses**.

continúa en la página siguiente...

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:				
<i>Especificar</i>	<i>SÍ presente</i>	<i>NO presente</i>	<i>Manifestación más de 1 mes</i>	<i>Manifestación más de 6 meses</i>
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).				
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.				
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.				
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).				

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):				
<i>Especificar</i>	<i>SÍ presente</i>	<i>NO presente</i>	<i>Manifestación más de 1 mes</i>	<i>Manifestación más de 6 meses</i>
1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).				
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).				
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).				
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).				
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).				

continúa en la página siguiente...

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:				
<i>Especificar</i>	<i>SÍ presente</i>	<i>NO presente</i>	<i>Manifestación más de 1 mes</i>	<i>Manifestación más de 6 meses</i>
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).				
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).				

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:				
<i>Especificar</i>	<i>SÍ presente</i>	<i>NO presente</i>	<i>Manifestación más de 1 mes</i>	<i>Manifestación más de 6 meses</i>
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).				
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., «estoy mal», «no puedo confiar en nadie», «el mundo es muy peligroso», «tengo los nervios destrozados»).				
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.				
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).				
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.				
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.				
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).				

continúa en la página siguiente...

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:				
<i>Especificar</i>	<i>SÍ presente</i>	<i>NO presente</i>	<i>Manifestación más de 1 mes</i>	<i>Manifestación más de 6 meses</i>
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.				
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.				
3. Hipervigilancia.				
4. Respuesta de sobresalto exagerada.				
5. Problemas de concentración.				
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).				

Espacio para el evaluador

<i>Especificar si:</i>	<i>SÍ Presente</i>	<i>NO Presente</i>
F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.		
G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.		
H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.		
<i>Especificar si:</i> Hay síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:	<i>SÍ Presente</i>	<i>NO Presente</i>
1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).		
2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).		
3. Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).		
Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).		

Fuente: Criterios DSM-V (APA, 2013). Tabla de elaboración propia gabinete de psicología, CMPCYBZ.

El Yoga como terapia alternativa durante el proceso de rehabilitación dirigido a pacientes del Ceread Puerto Vallarta

ESTUDIO DE CASO

Manuel Andrés Carroll Corral

RESUMEN: En este trabajo de investigación se presentan los resultados cualitativos obtenidos después de un taller de yoga llevado a cabo en el Ceread PV (Centro de Rehabilitación en Adicciones, Puerto Vallarta) durante el periodo diciembre de 2020 a marzo de 2021, el cual se dividió en ocho sesiones ordinarias y una de cierre; cada sesión duró 2 horas, sumando 18 en total. Participaron 36 varones, con un rango de edad entre 16 y 65 años. En un primer momento se aplicó el Cuestionario de Salud General de Goldberg, versión adaptada (1996), para identificar el nivel de tensión y ansiedad de manera general en cada participante, así como un cuestionario breve sobre consumo de sustancias y observación directa, donde a través de una bitácora se llevó un registro de las actitudes mostradas por los participantes en cada sesión. Durante el taller se enseñaron y practicaron los principios básicos de respiración, relajación y posiciones básicas del yoga. En la etapa final se aplicó un cuestionario diseñado específicamente para esta evaluación, donde se obtuvieron datos significativos sobre los cambios percibidos desde la propia experiencia de los participantes, identificando así los efectos positivos que se producen en el organismo después de la práctica del yoga, como la disminución de tensión, ansiedad, problemas para dormir, conductas violentas y delirios, entre otros.

Palabras clave: Yoga, adicción, sustancias psicoactivas, terapia alternativa.

ABSTRACT: This investigation presents the qualitative results gotten after a Yoga workshop which was held in Ceread PV (Centro de Rehabilitación en Adicciones, Puerto Vallarta), it was held from December 2020 to March 2021. It was divided into 8 ordinary sessions and one to wrap up with the activities. Each session lasted 2 hours; the total amount was 18 hours. In this workshop, 36 males from 16 to 65

years old participated. At the end of the workshop, the headmaster of the institute gave a diploma to each participant. The workshop was coordinated by the institute's psychologist and directed by one patient from the Ceread who is knowledgeable about the topic and practices this discipline.

During the first stage, the Goldberg's General Health Questionnaire, adapted version (1996), was applied to identify the tension and anxiety levels of each participant. Also, it was applied a short questionnaire about Drugs consumption. The participants were observed directly. In the workshop some basic principles of breathing, relaxation and Yoga positions were taught and practiced. On the last stage, a qualitative evaluation was made in which the participants registered the changes they perceived from their experience, identifying key aspects that helped reduced the immediate effects produced by the substances abuse, like anxiety, sleeping problems, violent behavior and delirium, among others.

Keywords: yoga, addiction, psychoactive substances, alternative therapy.

INTRODUCCIÓN

Según datos que proporciona el Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco (IIEG, 2019), con base en la Encuesta nacional sobre consumo de drogas, alcohol y tabaco en el periodo 2008-2016 en Jalisco, la proporción de personas de 12 a 65 años que consumieron cualquier droga en algún momento de su vida técnicamente se triplicó, al pasar de 5.3% a 16%, respectivamente, lo que significó un incremento relativo de 201.9%. Asimismo, la incidencia entre los hombres tuvo un crecimiento de 200%. Lo anterior nos dice que el consumo de sustancias psicoactivas en Jalisco se ha convertido en parte de la rutina de algunas personas que por distintas razones encuentran en aquellas un refugio, un escape o la única forma de encontrar placer y darle sentido a su vida.

Sabemos que cuando alguien abusa de estas sustancias, en ocasiones la familia o los más allegados se encargan de recluirla(a) en centros de rehabilitación, donde, entre otras cosas, buscan frenar de manera inmediata el consumo de todo tipo de sustancias, situación que por consecuencia produce alteraciones físicas y psíquicas en el organismo, lo que ha llevado a los centros de rehabilitación a ser más creativos al implementar terapias alternativas que le permitan al paciente llevar un proceso integral, incorporando prácticas como el yoga y la meditación. Por ejemplo, en el Centro de Rehabilitación y de Investigación en Medicina Tradicional Takiwasi se implementó un taller de yoga en el año 2005, con un total de 50 sesiones; al finalizar, los participantes reportaron una disminución de conductas impulsivas y tendencia a ir a los extremos, la incorporación gradual de conciencia y medida en sus actos, así como un aumento

en la capacidad de estar presentes, aceptarse a sí mismos y tolerar la frustración (Brito, 2010). Por otro lado, Walsh, citado por Fajardo (2009, p. 39), menciona que «...los mecanismos que más frecuentemente se sugieren relacionados con la meditación y productores de los efectos de ésta son psicológicos, por ejemplo: la relajación, la desensibilización ante estímulos que previamente generaban estrés, la agudización de la percepción, los factores cognoscitivos y las habilidades del control de la conducta». A nivel fisiológico se habla de mecanismos tales como la reducción de la excitación, un cambio en el equilibrio entre los componentes activadores y aquietadores del sistema nervioso autónomo y alteraciones en la circulación cerebral.

¿Qué es el yoga?

Algunos autores coinciden en que el yoga, más que una práctica es un estilo de vida, en el cual mente, cuerpo y alma se unen para fortalecer al organismo mediante la práctica de posiciones, meditación y respiración. Según BKS Iyengar, citado en Calvo y Rojas (2015, p. 96) «...el yoga es un arte, una ciencia y una filosofía, afecta a todos los niveles de la vida humana, tanto física, mental como espiritualmente, es un método práctico para dar sentido a la propia vida y convertirla en útil y noble». Por lo tanto, la práctica del yoga brinda la oportunidad de integrar todas las esferas del ser humano viéndolo a este como unidad total.

Existe una gran variedad de tipos de yoga. En occidente se conocen y se practican diversos estilos que derivan del Hatha Yoga, uno de los más dinámicos. Los hay más espirituales, como el Yoga Kundalini,

o más físicos y exigentes, como el Yoga Bikram. En la práctica del yoga se busca un auténtico entrenamiento para obtener una visión de nosotros mismos que genere mayor control emocional; a través de ocho estadios que contienen esta disciplina es posible consagrar la práctica: *yama* (abstinencias), *niyama* (normas éticas), *âsanas* (posiciones del cuerpo), *pranânâyana* (control de la respiración), *pratyahara* (control de las percepciones sensoriales orgánicas), *dhyana* (concentración), *dharana* (meditación) y *samadhi* (identificación) (Fajardo, 2009).

Beneficios

Dentro de los beneficios conocidos tenemos que el yoga nos ayuda a generar cambios en el organismo capaces de dar pauta a un aumento de la conciencia de nosotros mismos y de los propios actos, ser conscientes de lo que podemos provocar y saber qué nos puede dañar tanto a nosotros como a las personas más cercanas (Calvo y Rojas, 2015). El yoga en particular ayuda como método de prevención y tratamiento de enfermedades crónicas tales como cardiovasculares, osteoartritis, pulmones crónicamente obstruidos, cáncer, hipertensión y diabetes, entre otras. Disminuye la ansiedad y depresión ya que aumenta el estado de bienestar del individuo. Asimismo, de manera integral incluye la actividad física, la relajación y la espiritualidad, promoviendo un estilo de vida sano. En cuanto a las adicciones, la práctica regular de yoga reduce los síntomas de la abstinencia al aumentar la capacidad de concentración y relajación, así como disminuir conductas automáticas e impulsivas, siendo una herramienta im-

portante en la prevención y tratamiento (Escobar, 2019).

Sustancias psicoactivas

La Organización Panamericana de la Salud define a las sustancias psicoactivas como diversos compuestos naturales o sintéticos que actúan sobre el sistema nervioso, generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento (OPS, 2020). Su uso regulado como el consumo de alcohol y tabaco, el uso farmacológico y los de uso general, así como los solventes industriales, promueven de manera indirecta el consumo de sustancias ilegales no reguladas, por lo que pueden ser un factor determinante para empezar a consumir otros tipos de sustancias y así, gradualmente, llegar al abuso.

Sabemos que el abuso de sustancias produce daños en el organismo, principalmente en el sistema nervioso central, manifestándose de distintas formas y con distinta duración, desde pequeñas secuelas hasta casos severos de intoxicación. Su efecto genera que las conductas de riesgo se incrementen desde lesiones por accidentes o agresión, hasta actividad sexual en condiciones inseguras. El uso repetido y prolongado en el tiempo de estas sustancias favorece el desarrollo de trastornos por dependencia, que son trastornos crónicos y recurrentes caracterizados por la necesidad intensa de la sustancia y pérdida de la capacidad de controlar su consumo, a pesar de las consecuencias adversas en el estado de salud o en el funcionamiento interpersonal, familiar, académico, laboral o legal (OPS, 2020).

Según el Informe Mundial sobre las Drogas 2019, elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en México (UNODC, por sus siglas en inglés), cerca de 271 millones de personas en el mundo usaron drogas en el último año, que representa 5.5% de la población de 15 a 64 años, y 31 millones presentaron algún trastorno relacionado con el uso de sustancias, cifra que equivale a 11% de los usuarios de drogas (Secretaría de Salud, 2021). Por su parte la OMS, en la Unidad de alcohol, drogas y conductas adictivas, lleva a cabo un trabajo donde busca «...promover la salud y el bienestar de las poblaciones articulando, promoviendo, apoyando y monitoreando políticas, estrategias e intervenciones basadas en evidencia para reducir la carga asociada con el alcohol, las drogas y las conductas adictivas» (OMS, 2021, p. 9).

Considerando este tipo de esfuerzos realizados por los organismos internacionales, los trabajadores en el área de la salud se ven en la necesidad de promover todas aquellas actividades que se encuentren relacionadas con factores protectores como son el deporte, el arte y en el caso de nuestro estudio las actividades relacionadas con el yoga, la meditación y demás acciones de prevención, así como la identificación de factores de riesgo inmersos en el entorno social.

Adicción a las sustancias psicoactivas

Se refiere al uso compulsivo de una sustancia que sin importar los daños físicos y psicológicos que se producen tras el consumo, se repite la conducta, esto a pesar de causarse un deterioro significativo en la salud,

en las relaciones familiares y en el entorno laboral (Redolar, 2008). Por ejemplo, según datos ofrecidos por la Secretaría de Salud, a nivel mundial tan sólo en el año 2019, 34.2 millones de personas de 15 a 64 años usaron estimulantes de tipo anfetamínico; 18.2 millones en el mismo rango de edad usaron cocaína, y 34.3 millones usaron opioides (Secretaría de Salud, 2021). Cifras altas que nos hablan de la gran cantidad de personas que ponen en riesgo su salud física y psicológica.

MATERIAL Y MÉTODO

Para llevar a cabo el taller se pidió autorización de manera verbal a los directivos de la institución, quienes brindaron apoyo con equipo de sonido, una explanada y lona, mientras que para la selección de la muestra se invitó a los pacientes a participar voluntariamente, informándoles de los posibles beneficios que se pueden obtener con este tipo de prácticas. El enfoque con el que se llevó a cabo esta investigación fue de tipo cualitativo, utilizando como método el muestreo no probabilístico por conveniencia.

El estudio se dividió en tres etapas. Durante la primera, para la recolección de datos se aplicó el cuestionario de salud general de Goldberg versión adaptada (1996) (del que sólo se tomaron seis preguntas relacionadas con síntomas somáticos y ansiedad), y un cuestionario que constó de cinco preguntas sobre el consumo de sustancias, el cual fue diseñado específicamente para esta evaluación. A lo largo de la segunda etapa, que comprendió ocho sesiones ordinarias, el psicólogo de la institución, a través de fotos, videos y una bitácora de observa-

ciones, registró actitudes, posturas y expresión emocional, así como los comentarios de los participantes durante y al final de cada sesión. En la etapa final, se recuperó experiencia individual de cada participante en la que a modo de plenaria se pidió que de manera voluntaria compartieran cómo fueron sus vivencias durante todo el proceso, lo cual permitió identificar las pautas de interacción generadas entre el facilitador y los participantes, así como los cambios cualitativos que ellos mismos manifestaron. Cabe destacar que el taller fue dirigido por uno de los pacientes del centro, quien tiene conocimientos y práctica en esta disciplina. Al finalizar el taller, el director de la institución otorgó un reconocimiento a cada participante.

RESULTADOS

Tras la aplicación del Cuestionario de Salud de Goldberg, versión adaptada (véase anexo 1), y una encuesta breve sobre consumo de sustancias, de acuerdo con los ítems se detectó que, en las últimas semanas, cuatro participantes de la muestra manifestaron tener *bastantes* problemas para dormir y para mantenerse dormidos durante toda la noche, mientras que cinco de ellos presentaron *muchos* síntomas de tensión, agobio, susto, ansiedad e impulsividad (véase gráficos 1, 2, 3, 4, 5, y 6). El 90% de los participantes ha consumido por lo menos una vez en su vida metanfetamina (cristal, hielo, met, anfet, etc.) y 100% ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva como el tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, psicofármacos, solventes y en algunos casos heroína.

GRÁFICO 1. ¿TUS PREOCUPACIONES TE HAN HECHO PERDER MUCHO SUEÑO?

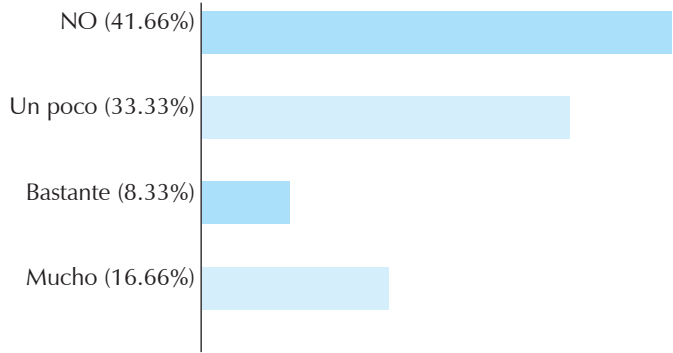


GRÁFICO 2. ¿HAS TENIDO DIFICULTADES PARA SEGUIR DURMIENDO DE CORRIDO TODA LA NOCHE?

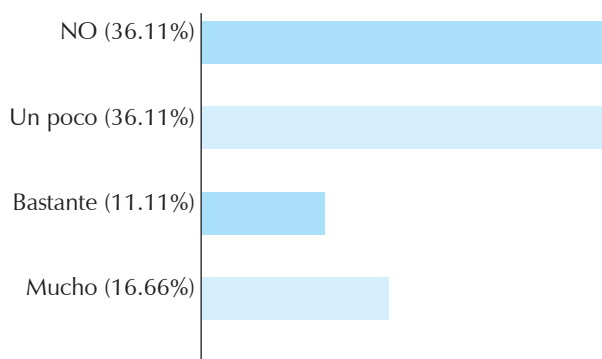


GRÁFICO 3. ¿TE HAS NOTADO CONSTANTEMENTE AGOBIADO Y/O TENSO?

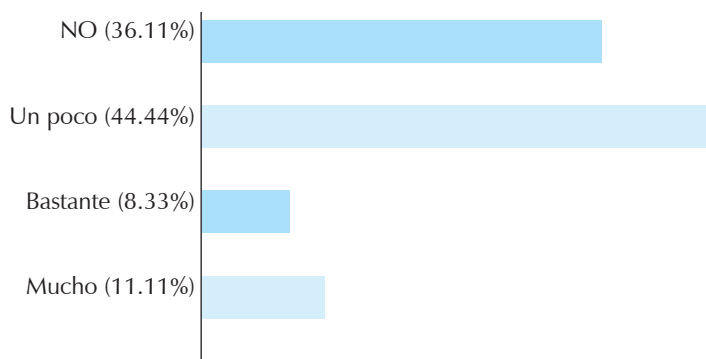


GRÁFICO 4. ¿TE HAS SENTIDO CON LOS NERVIOS A FLOR DE PIEL Y MALHUMORADO?

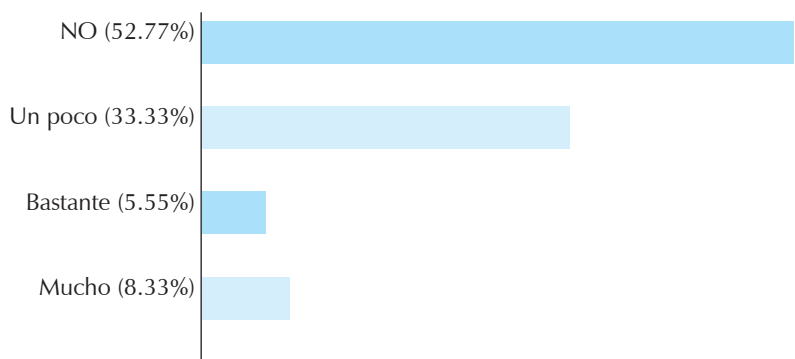


GRÁFICO 5. ¿TE HAS ASUSTADO O HAS TENIDO PÁNICO SIN MOTIVO?

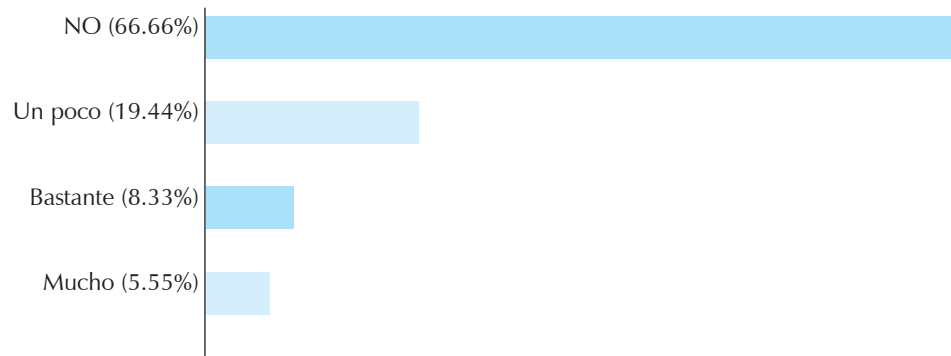
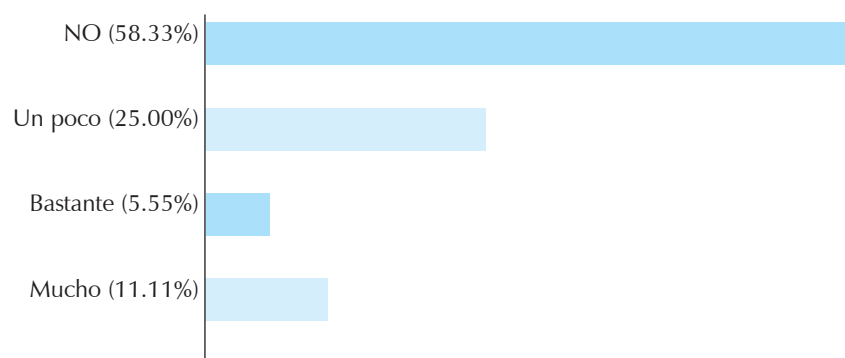


GRÁFICO 6. ¿TE HAS NOTADO NERVIOSO Y «A PUNTO DE EXPLOTAR»?



En general los participantes se mantuvieron con buena disposición hacia las actividades propuestas durante el taller, sin embargo, en el inicio, por lo menos diez participantes se mostraron inquietos, no podían dejar de mover las manos y pies, presentando tensión en la mandíbula e inquietud motora, lo cual era muy notorio. Manifestaron tener dolor en el cuello y tensión muscular, mientras que en menor cantidad presentaron mareos con los primeros ejercicios de respiración.

A lo largo del taller se pudo observar que los participantes pasaron a través de diferentes facetas, por ejemplo, el 60% aproximadamente se mantuvo receptivo y atento, con una actitud positiva hacia las instrucciones del facilitador desde el inicio hasta la conclusión; lo que les permitió gradual-

mente tener una mejor postura, disminución de la tensión muscular, mayor facilidad para conciliar el sueño, un mejor control de impulsos y por consecuencia una mayor tolerancia y aceptación a su condición de interno. Por otra parte, el 20% al inicio del taller simplemente encontraba una posición cómoda o se cruzaban de brazos y pies con una actitud un tanto indiferente, desafiante y con poca atención a las instrucciones, sin embargo, durante el proceso fueron mostrando mayor interés; por ejemplo, al inicio de todas las sesiones se les pedía acostarse boca arriba, cerrar los ojos, estirar los brazos y dirigir las palmas de las manos hacia arriba, situación que por lo menos en las cuatro primeras sesiones representó una dificultad, ya que no lograban mantener los ojos cerrados por mucho tiempo, cambiaban de

posición constantemente o se distraían con el compañero más cercano. Para la quinta sesión ya no era necesario repetir la instrucción más de dos veces ya que la mayoría lo hacía de manera espontánea, se notaban más animados y cooperadores, dispuestos a seguir las instrucciones; desde los ejercicios básicos de respiración, ejecutar de manera correcta las posiciones para evitar lesiones, hasta mantenerse atentos y receptivos por periodos de tiempo más largos. Mientras que el resto de los participantes como una forma de sentirse seguros y protegidos adoptaban una posición fetal, y conforme avanzaba la sesión se quedaban dormidos, siendo esto una constante durante la duración del taller. En cuanto al facilitador, logró posicionarse frente a la mayoría de los miembros como un compañero a quien admirar.

Se logró adquirir un vocabulario propio del yoga, así como la interiorización de los principios básicos de respiración y meditación. Paulatinamente se fueron haciendo evidentes los cambios positivos en ellos. A continuación, mostramos algunos ejemplos:

- Iván, 25 años: *iMe he sentido con más ánimo y más potencial, me da la capacidad de trasladarme a otro lugar!*
- César, 28 años: *iSalimos de la rutina, da ánimo para terminar el día y tener máxima tranquilidad!*
- José, 64 años: *iEs mucho aprendizaje, el incienso me relaja, el hecho de trabajar el OM y los sonidos de la naturaleza que se perciben, me genera tranquilidad!*
- Aurelio, 45 años: *iHe tenido problemas para dormir y cuando hacemos yoga, me siento más relajado, duermo mejor, por*

ahora siento la vista más limpia, los colores más claros!

- Ricardo, 62 años: *iHe logrado tener más elasticidad y menor dolor muscular a mis 62 años!*
- Kevin 30 años: *iMe ha relajado mucho, pero me falta tiempo para practicar más sesiones!*

Es importante mencionar que antes de iniciar el taller se informó a los participantes sobre los riesgos de llevarlo a cabo en caso de que hubieran tenido accidentes previos con lesiones graves que pudieran impedir la práctica, y así, detectar quiénes eran aptos para realizarla. Algunos de ellos manifestaron tener problemas como hernias, fracturas en brazos y piernas, desviación de la columna, por lo que se adecuaron las actividades a sus capacidades.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El yoga como método alternativo en el tratamiento de las adicciones presenta beneficios a corto y mediano plazos en quienes lo realizan, siempre y cuando se lleve a cabo un proceso estandarizado que se adapte a las necesidades de personas que sufren adicción a sustancias psicoactivas y que además se encuentran en un contexto de reclusión, por ejemplo, la práctica del yoga y meditación desde el año 2016 ha sido parte de los programas incluidos en algunas prisiones de México; sabemos que cualquier persona al estar privada de su libertad puede experimentar sentimientos ansiedad, depresión, miedo, duelo y violencia. Por ello, replicar y adecuar estos

programas en contextos similares como los centros de rehabilitación, da la pauta para el mejoramiento de las intervenciones diseñadas por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y demás personas involucradas en procesos de rehabilitación (Pérez y Jñana, 2019). La institución donde se llevó a cabo el estudio cuenta con un programa que, entre otras cosas, incluye actividades lúdicas, deportivas y artísticas; con la finalidad de brindar un tratamiento integral, además de contar con personal capacitado en consejería para adicciones. A pesar de estar en un ambiente controlado con horarios y reglas específicas para sus rutinas el método que se empleó sólo nos permite capturar la propia experiencia del grupo en cuestión y de los participantes indirectos como los «servidores», quienes son internos de edades y niveles académicos variados (desde primaria inconclusa hasta licenciatura) que han logrado mayor estabilidad emocional durante el proceso y, por lo tanto, se les da la oportunidad de cumplir con la función de mediadores ante cualquier descontrol que pudiera sufrir alguno de sus compañeros o el grupo en general.

Sabemos que es indispensable ser disciplinado y constante para que se den las pautas necesarias y el organismo pueda lograr cambios benéficos de manera general en la salud. Sin embargo, como se mencionaba arriba, el mundo del yoga es muy amplio ya que es una disciplina muy antigua y existen diversos métodos para practicarla, por lo que tener acceso a la información relacionada implica un amplio escrutinio de las investigaciones y documentos sobre el tema, a fin de poder extraer lo mejor de esta práctica y buscar el mayor beneficio

posible y sobre todo enfocarse en los posibles beneficios que logren obtener quienes lo practican (Fajardo, 2009). Por lo que es importante señalar que a pesar de haberse detectado en la mayoría de ellos un mejor estado de ánimo y reducción de síntomas de ansiedad y tensión, no se garantiza que dicho bienestar se prolongue en el tiempo, pero sí da pautas para replicar este tipo de actividades con otros miembros de esta población, o como método de prevención ante personas vulnerables que se encuentre en riesgo su salud física y mental.

Los participantes del taller mostraron cambios positivos como disminución de tensión muscular, ansiedad, impulsividad y una mejoría significativa en su estado emocional. Los cambios físicos más notorios fueron vistos en las personas mayores de 50 años, ya que llevaban largos periodos de tiempo sin actividad física, por lo que su agilidad y movimientos se notaban un tanto atrofiados y rígidos en su interacción social, situación que gradualmente fue mejorando, notándose un mayor control del cuerpo y de sus emociones, el hecho de darse cuenta que son capaces ellos mismos darle un sentido positivo a su vida más allá del abuso de sustancias y de posicionarse en el aquí y el ahora, liberando a su cuerpo de la tensión que provoca la angustia e incertidumbre ante un futuro incierto, o el aferrarse a un pasado caótico que solo los mantiene en estados depresivos y con una expectativa casi nula hacia su propia autorrealización, empezando por aceptar las consecuencias de sus actos y siendo más conscientes de los resultados, como el daño provocado al organismo, el hueco que dejan en su hogar al encontrarse «anexados», y por con-

secuencia el ser señalados por la sociedad. Sin embargo, es cierto que para lograr cambios más profundos y de manera significativa el participante necesita mantener una constancia en la práctica que le permita, a mediano plazo, una reconciliación entre cuerpo, mente y alma.

REFERENCIAS

- Brito, C. (1 de julio de 2010). Yoga en el tratamiento de las adicciones. La experiencia de dos años de práctica de yoga con pacientes del Centro de Rehabilitación Takiwashi. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 9(2), 253-278. <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/issue/view/13>
- Calvo, A. y Rojas, Z. (2015). Los términos sánscritos del yoga: Una travesía milenaria. *Kañina*, Revista de Artes y Letras, XXXIX, 95-112.
- Escobar, N. F. (2019). *Aportes percibidos del yoga para el tratamiento alternativo de la adicción a la marihuana en una muestra de tres participantes practicantes de yoga*. Tesis de pregrado. Universidad de Antioquia. Medellín.
- Fajardo Pulido, J. (2009). Yoga, cuerpo e imagen: espiritualidad y bienestar, de la terapia de la publicidad. *Universitas Humanística*, (68), 33-47.
- Goldberg, D., Paul, W., y Lobo, A. (1996). *Cuestionario General de Salud: guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Gupta, A. (2020). *Pranayana Yoga Asana: controla cultiva y modifica tu energía interna*. Germany: Books on Demand GmbH.
- Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco, IIEG (26 de junio de 2019). *Consumo de drogas en Jalisco*. Recuperado el 26 de mayo de 2021, de <https://iieg.gob.mx/ns/wp-content/uploads/2019/06/Consumodedrogas2019.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (01 de enero de 2021). *OMS*. Recuperado el 01 de abril de 2021, de <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/drugs-psychoactive>
- (10 de enero de 2021). *OMS*. Recuperado el 01 de 04 de 2021, de <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/drugs-psychoactive>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2020). *OPS*. Recuperado el 2 de abril de 2021, de <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Pérez, L., y Jñana, D. (2019). *UNODC*. Recuperado el 27 de mayo de 2021, de https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/publications/JusticiaPenal/UNODC_-_Yoga_y_Meditacion.pdf
- Secretaría de Salud (02 de abril de 2021). *Gobierno de México*. Recuperado el 02 de abril de 2021, de <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/informe-mundial-de-drogas-2019?idiom=es#:~:text=Entre%20los%20resultados%20resalta%20que,de%20los%20usuarios%0de%20drogas>

ANEXOS

ANEXO 1

GHQ (Cuestionario de Salud General de Goldberg)	
<p>En esta primera parte del cuestionario nos gustaría saber si tienes algún problema médico y cómo has estado de salud en general, durante las últimas semanas. Por favor, contesta a todas las preguntas marcando con un círculo la letra (A, B, C o D) que corresponda a la respuesta que, mejor puede aplicarse en tu caso. Recuerda que sólo debes responder sobre los problemas recientes y los que tienes ahora, no sobre los que hayas tenido en el pasado. Es importante que intentes contestar TODAS las preguntas.</p>	
<p>En las ÚLTIMAS SEMANAS:</p> <p>17/12/20 / 50 AÑOS</p> <p>Alcohol, EDAC</p> <p>MARIJUANA</p> <p>COCOYNA, CRAC,</p> <p>CRIZTA,</p> <p>PASTILLAS SICO TROPICAS</p> <p>Solbentes, quimicos</p>	<p>C.1. ¿Te has arreglado para mantenerte ocupado/a y activo/a?</p> <p>A. Más que antes <input checked="" type="checkbox"/> B. Igual que antes <input type="checkbox"/> C. Menos que antes <input type="checkbox"/> D. Mucho menos que antes <input type="checkbox"/></p> <p>C.2. ¿Te cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <p>A. Menos que antes <input type="checkbox"/> B. Igual que antes <input type="checkbox"/> C. Más que antes <input checked="" type="checkbox"/> D. Mucho más que antes <input type="checkbox"/></p> <p>C.3. ¿Has tenido la impresión, en general, de que estás haciendo las cosas bien?</p> <p>A. Mejor que antes <input checked="" type="checkbox"/> B. Igual que antes <input type="checkbox"/> C. Peor que antes <input type="checkbox"/> D. Mucho peor que antes <input type="checkbox"/></p> <p>C.4. ¿Te has sentido satisfecho/a con tu manera de hacer las cosas?</p> <p>A. Más que antes <input checked="" type="checkbox"/> B. Igual que antes <input type="checkbox"/> C. Menos que antes <input type="checkbox"/> D. Mucho menos que antes <input type="checkbox"/></p> <p>C.5. ¿Has sentido que estás desempeñando un papel útil en la vida?</p> <p>A. Más que antes <input type="checkbox"/> B. Igual que antes <input checked="" type="checkbox"/> C. Menos que antes <input type="checkbox"/> D. Mucho menos que antes <input type="checkbox"/></p> <p>C.6. ¿Te has sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p>A. Más que antes <input checked="" type="checkbox"/> B. Igual que antes <input type="checkbox"/> C. Menos que antes <input type="checkbox"/> D. Mucho menos que antes <input type="checkbox"/></p> <p>C.7. ¿Has sido capaz de disfrutar de tus actividades normales de cada día?</p> <p>A. Más que antes <input checked="" type="checkbox"/> B. Igual que antes <input type="checkbox"/> C. Menos que antes <input type="checkbox"/> D. Mucho menos que antes <input type="checkbox"/></p>
<p>B.1. ¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?</p> <p>A. No <input type="checkbox"/> B. Un poco <input type="checkbox"/> C. Bastante <input checked="" type="checkbox"/> D. Mucho <input type="checkbox"/></p> <p>B.2. ¿Has tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <p>A. No <input type="checkbox"/> B. Un poco <input type="checkbox"/> C. Bastante <input checked="" type="checkbox"/> D. Mucho <input type="checkbox"/></p> <p>B.3. ¿Te has notado constantemente agobiado/a y tenso/a?</p> <p>A. No <input type="checkbox"/> B. Un poco <input type="checkbox"/> C. Bastante <input checked="" type="checkbox"/> D. Mucho <input type="checkbox"/></p> <p>B.4. ¿Te has sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado/a?</p> <p>A. No <input type="checkbox"/> B. Un poco <input type="checkbox"/> C. Bastante <input checked="" type="checkbox"/> D. Mucho <input type="checkbox"/></p> <p>B.5. ¿Te has asustado o has tenido pánico sin motivo?</p> <p>A. No <input checked="" type="checkbox"/> B. Un poco <input type="checkbox"/> C. Bastante <input type="checkbox"/> D. Mucho <input type="checkbox"/></p> <p>B.6. ¿Has tenido sensación de que todo se te viene encima?</p> <p>A. No <input type="checkbox"/> B. Un poco <input type="checkbox"/> C. Bastante <input checked="" type="checkbox"/> D. Mucho <input type="checkbox"/></p> <p>B.7. ¿Te has notado nervioso/a y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p>A. No <input type="checkbox"/> B. Un poco <input type="checkbox"/> C. Bastante <input checked="" type="checkbox"/> D. Mucho <input type="checkbox"/></p>	<p>A.1. ¿Te has sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <p>A. Mejor que antes <input checked="" type="checkbox"/> B. Igual que antes <input type="checkbox"/> C. Peor que antes <input type="checkbox"/> D. Mucho peor que antes <input type="checkbox"/></p> <p>A.2. ¿Has tenido la sensación de que necesitabas un reconstituyente (ej. Un complejo vitamínico)?</p> <p>A. No <input type="checkbox"/> B. Un poco <input checked="" type="checkbox"/> C. Bastante <input type="checkbox"/> D. Mucho <input type="checkbox"/></p> <p>A.3. ¿Te has sentido agotado/a y sin fuerzas para nada?</p> <p>A. No <input type="checkbox"/> B. Un poco <input type="checkbox"/> C. Bastante <input checked="" type="checkbox"/> D. Mucho <input type="checkbox"/></p> <p>A.4. ¿Has tenido sensación de que estabas enfermo/a?</p> <p>A. No <input type="checkbox"/> B. Un poco <input type="checkbox"/> C. Bastante <input checked="" type="checkbox"/> D. Mucho <input type="checkbox"/></p> <p>A.5. ¿Has tenido dolores de cabeza?</p> <p>A. No <input type="checkbox"/> B. Un poco <input type="checkbox"/> C. Bastante <input checked="" type="checkbox"/> D. Mucho <input type="checkbox"/></p> <p>A.6. ¿Has tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza te va a estallar?</p> <p>A. No <input type="checkbox"/> B. Un poco <input type="checkbox"/> C. Bastante <input checked="" type="checkbox"/> D. Mucho <input type="checkbox"/></p> <p>A.7. ¿Has tenido sofocos o escalofríos?</p> <p>A. No <input checked="" type="checkbox"/> B. Un poco <input type="checkbox"/> C. Bastante <input type="checkbox"/> D. Mucho <input type="checkbox"/></p>

Identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial, NOM-035-STPS, en la Coordinación Municipal de Protección Civil y Bomberos, Zapopan, Jalisco

ESTUDIO DE CASO

Omar Soto Talavera

RESUMEN: El presente estudio tuvo como fin Identificar lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana-035, Secretaría del Trabajo y Previsión Social-2018 (NOM-035-STPS-2018), en lo referente a los factores de riesgos psicosociales presentes en la Coordinación Municipal de Protección Civil y Bomberos Zapopan (CMPCYBZ), durante el año 2020, así como una concordancia con las aplicaciones test específicos validados según lo requerido por la NOM-035-STPS-2018, con los cuales se compararon los resultados obtenidos, mostraron un comportamiento similar en los resultados.

A la NOM-035-STPS-2018, se corrió un análisis de tablas cruzadas con el dominio de carga laboral, que fue el de más alta afectación en la coordinación, encontrando un comportamiento similar con los 3 test aplicados. La prevalencia de riesgos psicosociales se comportó similar con la edad cumplida, escolaridad antigüedad laboral y área laboral en la CMPCYBZ, dando una consistencia estadística y fiabilidad a los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas, dejando en general un nivel bajo de riesgos psicosociales, con su arista en la carga laboral y los casos de acoso laboral alto.

Palabras claves: NOM-035-STPS-2018, Bomberos, estrés traumático secundario, *burnout*, riesgos psicosociales, acoso laboral.

ABSTRACT: The purpose of this study was to identify the provisions of the Official Mexican Standard (NOM) -035, Secretary of Labor and Social Security-2018 (NOM-035-STPS-2018), in relation to the psychosocial risk factors present in the Municipal Coordination of Civil Protection and Zapopan Firefighters (CMPCYBZ), during the year 2020, as well as an agreement with the applications specific tests validated as required by NOM-035-STPS-2018, with which the results obtained were compared , showed a similar behavior in the results.

To NOM-035-STPS-2018, a cross-table analysis was run with the workload domain, which was the one with the highest effect on coordination, finding a similar behavior with the 3 tests applied. The prevalence of psychosocial risks behaves similar with the age reached, schooling, seniority, and work area in the CMPCYBZ, giving statistical consistency and reliability to the results obtained in the applied tests, leaving in general a low level of psychosocial risks, with its edge in the workload and cases of high workplace harassment.

Keywords: NOM-035-STPS-2018, Firefighters, secondary traumatic stress, burnout, psychosocial risks, workplace harassment.

INTRODUCCIÓN

Por primera vez esta normativa utiliza en México conceptos específicos como «riesgos psicosociales», «estrés» o «violencia en el trabajo» y se dibujan guías y pasos específicos para su vigilancia y control, la legislación del tema cobró sentido pleno apenas con el nuevo Reglamento Federal de Salud y Seguridad en el Trabajo publicado en 2014 y con el proyecto de Norma Oficial Mexicana 035 de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social en el 2016 (Proyecto NOM-035-STPS-2016), ambos publicados por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social después de varios años de discusión entre académicos, empresarios y gobierno. Aunque dicha normativa dista de ser perfecta y de aquella que los académicos propusieron en las discusiones iniciales, es un paso importante en el reconocimiento de los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo como componentes centrales del desarrollo y progreso de enfermedades derivadas de ellos.

La entrada en vigor de la NOM-035-STPS-2018 contempla dos etapas, la primera de las cuales comenzó el miércoles 23 de

octubre del 2019, por lo que los centros de trabajo deberán cumplir con la política, medidas de prevención, identificación de los trabajadores expuestos a hechos traumáticos severos y difusión de la información.

La segunda etapa inicio el 23 de octubre del 2020, que deberá cumplir con la identificación y análisis de riesgo psicosocial, la evaluación del entorno organizacional, las medidas y acciones de control, la práctica de exámenes médicos y los registros. En otras palabras, la aplicación del instrumento según la muestra de colaboradores.

METODOLOGÍA

1. Se desarrollaron los cuestionarios mediante la plataforma: <https://docs.google.com/forms> lo que permitió realizar los estudios de forma individual, confidencial y fácil replicación.

2. La aplicación fue de manera virtual debido a la contingencia de COVID-19, siguiendo las indicaciones que emitió el mando para su difusión y aplicación.

- 2.1. La aplicación fue mediante el uso de dispositivos digitales fijos y móviles, en-

viando la liga de los cuestionarios al personal para ser contestados.

2.2. Cualquier aclaración o duda fue resuelta por el Departamento de Psicología.

3. Se cumplieron los criterios muestrales especificados en la NOM-035-STPS-2018, para una institución con más de 50 trabajadores.

4. El análisis de datos fue hecho mediante el programa estadístico de IBM SPSS 2.5.

5. Los instrumentos utilizados son:

- Consentimiento informado.
- Guía de referencia V. Datos del trabajador.
- Guía de referencia I. Cuestionario para identificar a los trabajadores que fueron sujetos a acontecimientos traumáticos severos.
- Guía de referencia III. Cuestionario para identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y evaluación del entorno organizacional en los centros de trabajo.
- Cuestionario de Estrés Traumático Secundario.

- Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).

- Escala Cisneros para medir acoso laboral (*mobbing*).

6. El análisis de datos fue cuantitativo y descriptivo, se midieron y evaluaron variables, dimensiones y componentes del fenómeno descrito sin manipulación deliberada de las variables.

7. Justificación de uso de otros instrumentos, la NOM-035-STPS-2018, propone una evaluación específica bajo el siguiente criterio: «Aquella que se integra por el estudio a profundidad de los factores de riesgo psicosocial a través de instrumentos cuantitativos (cuestionarios), cualitativos (entrevistas) o mixtos y, en su caso, clínicos, capaces de evaluar el entorno organizacional y el efecto a la salud de los trabajadores para establecer las medidas de control y seguimiento de estos factores. Por ejemplo, la identificación del síndrome de estar quemado por el trabajo (*burnout*) y acoso laboral (*mobbing*), entre otros».

RESULTADOS

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS TRABAJADORES GUÍA V

	Género	Edad cumplida (años)	Escolaridad	Estado civil	Antigüedad laboral CMPCYBZ (años)	Labora en otro sitio que atiende emergencias	Antigüedad trabajando en emergencias (años)	Área de la coordinación donde labora	Situación laboral	Tipo de jornada
N Válido	332	332	332	332	332	332	332	332	332	332
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	1.18	4.30	3.43	2.00	2.52	1.86	2.84	3.07	1.49	1.73
Moda	1	5	4	1	1	2	1	3	1	1
Desviación	.385	1.643	.922	1.24	1.697	.346	1.587	1.217	.501	.875

Guía de referencia I. Cuestionario para identificar a los trabajadores que fueron sujetos a acontecimientos traumáticos severos

Análisis de la fiabilidad del cuestionario de la guía I, se aplicó el índice alfa de Cronbach = 0.822.

El cuestionario de la guía I, en la pregunta 1: ¿Ha sufrido, presenciado o estado en riesgo a accidentes al realizar su trabajo, que tengan consecuencias graves o fatales a los involucrados en los siguientes servicios operativos?, se amplía la pregunta dejando más combinaciones que permiten hacer una exploración más amplia de eventos traumáticos relacionados con las labores de la CMPCYBZ, encontrando una prevalencia del 30.1% de personal que manifiesta que las situaciones descritas no aplican para ellos, seguido del 25% del personal que se ha visto relacionado en accidentes, muertes, lesiones y otros eventos traumáticos y con un 20.8% personal que se han visto relacionados con otras situaciones de riesgo de muerte, atención de emergencias y desastres.

Las preguntas subsecuentes del cuestionario para identificar a los trabajadores que fueron sujetos a acontecimientos traumáticos severos, se describe una sintomatología con base en el criterio diagnóstico del DSM-V, para el trastorno de estrés postraumático, encontrando una consistencia en todas de las tablas de contingencia de poca manifestación de síntomas, relacionados con el trastorno, salvo casos muy específicos, para su atención.

Factores de Riesgo Psicosociales de la Guía III. Entorno organizacional

Análisis de la fiabilidad del cuestionario de la guía III, se aplicó el índice alfa de Cronbach = 0.858.

La evaluación de las categorías y dominios se hizo según la mayor frecuencia obtenida en cada ítem, los resultados se pasaron a una matriz de datos para su sumatoria y agrupación de resultado, para su interpretación.

- Categoría: Ambiente de trabajo; Dominio: Condiciones en el ambiente de trabajo, la media de las evaluaciones indica que la mayoría de los trabajadores consideran que tienen un lugar de trabajo seguro, dado que el rango obtenido para la categoría señala un bajo nivel de riesgo.
- Categoría: Factores propios de la actividad; Dominio: Carga de trabajo y falta de control sobre el trabajo. La media de las evaluaciones indica que la mayoría de los trabajadores consideran que tienen factores propios de la actividad insegura, dado que el rango obtenido en la categoría señala un «alto» nivel de riesgo. Sobre el dominio de la carga de trabajo, el rango detectado es de riesgo «alto» y el dominio, falta de control sobre el trabajo no arroja un nivel de riesgo «bajo».
- Categoría: Organización del tiempo de trabajo; Dominio: Jornada de trabajo e interferencia en la relación trabajo familia, la media de las evaluaciones indica que la mayoría de los trabajadores consideran que tienen una actividad insegura, dado nivel encontrado en esta categoría es «medio» nivel de riesgo. El

domino sobre la jornada de trabajo se encontró un índice de riesgo «medio» y en la interferencia en la relación trabajo familia se encontró un nivel de riesgo «bajo».

- Categoría: Liderazgo y relaciones en el trabajo; Dominio: Liderazgo; relaciones en el trabajo y violencia laboral, la media de las evaluaciones indica que la mayoría de los trabajadores consideran que tienen un liderazgo y relaciones en el trabajo como una actividad segura, dado que la categoría señala un nivel «nulo» o despreciable de riesgo. Sobre el dominio de liderazgo como tal se encontró un índice de riesgo «nulo», así mismo en los dominios de las relaciones en el trabajo y en violencia laboral se encontró un sumario de riesgo «nulo», respectivamente.
- Categoría: Entorno organizacional; Dominio: Reconocimiento del desempeño; Insuficiente sentido de pertenencia e inestabilidad, la media de las evaluaciones indica que la mayoría de los trabajadores consideran que tienen un Entorno organizacional como actividad segura, dado que resultado de la categoría señala un «nulo» nivel de riesgo. Sobre los dominios de reconocimiento del desempeño, Insuficiente sentido de pertenencia e inestabilidad se encontró un grado de riesgo «nulo», respectivamente.

La ponderación general de los Factores de Riesgo Psicosociales de la Guía III, Entorno organizacional, se obtuvo un grado de riesgo «bajo».

DISCUSIÓN

El personal de la dirección de operaciones presenta una media en el rango de 36 a 40, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), nos sitúa en una edad joven.

La antigüedad laboral tenemos una media que se sitúa en el rango de 6 a 10 años, la cual es menor con una media de 11.71 detectada en el 2018 (Soto, 2019). Esto puede ser el reflejo en la incorporación de nuevo personal joven, en áreas de nueva creación como la forestal y UDER, así mismo tenemos un 17.8% de elementos con más de 20 años de antigüedad, la cual es menor a la obtenida en el 2018 de 22.9%, esto se debe en gran medida a los procesos de jubilación y retiro que se han dado.

Un dato importante a destacar es el nivel académico, en el 2018 el promedio de los elementos de la CMPCYB se encontraba en un nivel medio superior (bachillerato simple) y carrera técnica (Técnico en Emergencias Médicas y Técnico Superior Universitario) que en conjunto era de un 63.1%, contra un actual de 30.7% representando una disminución, determinada por el aumento en los niveles académico a superior y posgrado; en el 2018, existía un 17.9% con licenciatura o en curso y 0.6% con posgrado, en el presente estudio se encontró un 42.2% con licenciatura y un 9.9% con posgrado. Esto fue en gran medida al proyecto de profesionalización de los bomberos de la coordinación.

La prevalencia en cuanto al género sigue predominada el masculino con un 81.9%, y el de mujeres de un 18.1%; si bien hubo una disminución y un incremento con respecto al 2018 masculino de 93.9% y un

6.1% femenino; en los últimos años se triplico la presencia de mujeres en el área operativa y la de gestión de riegos.

Guía I:

Eventos traumáticos severos (ETS)

En términos generales, encontramos datos de Estrés Traumático Secundario (ETS), entre los rangos de mínimo 5.4% y mayor 18.4% con una media de 11.17% de personal con afectaciones propias de los criterios diagnósticos de trastornos de estrés postraumático (TEP), nuestra población muestra está dentro de parámetros esperados de prevalencia según el cuestionario de la guía I.

En este sentido, Meda *et al.* (2012), en sus estudios de ETS, se encontró una incidencia de sintomatología traumática de 2.57% de la muestra en su estudio. Soto (2019), encontraron datos significativos de estrés mediante la aplicación del test de la figura humana, una presencia en el 11% de la muestra analizada. Velásquez *et al.* (2019) realizaron un estudio en bomberos voluntarios en Guatemala, se evidenció que el 20% presenta síntomas de depresión y 10% presenta síntomas sugestivos de estrés postraumático así mismo el grupo etario más afectado es el de 40 a 50 años siendo en su mayoría de sexo masculino. Se corrió en nuestro estudio un análisis de tablas cruzadas entre el género, grupos etarios y las sintomatologías de mayor incidencia, encontrando que el género masculino es quien desarrolló más datos de TEP y el rango de grupo etario que presenta más síntomas está entre los 31 y 45 años.

Guía III.

Entorno organizacional

El cuestionario en general presentó un grado bajo de riesgo, el cual es diferente a la baja con el corrido en abril del 2020 en la CMPCY-BZ, lo cual demuestra que una muestra mayor determina una mayor información dando más fiabilidad en los resultados finales.

La categoría de mayor riesgo es la de factores propios de la actividad y la categoría: Organización del tiempo de trabajo, la cual disminuyendo de muy alta a alta en referencia a lo encontrado en abril del 2020, así mismo no existen estudios publicados relacionados de la NOM-035-STPS-2018, con el perfil de institución y empresa, para establecer una comparación con los datos obtenidos, en este sentido estas dos categorías están vinculadas con las actividades de riesgo, carga de horarios que son en ocasiones extenuantes, un desgaste físico y mental a que se someten los bomberos en sus labores.

CONCLUSIÓN

Se recomienda atender de manera prioritaria a los factores propios de la actividad con respecto a los dominios de cargas de trabajo y falta de control sobre el trabajo. Así como, fomentar el espíritu crítico de los mandos tácticos y algunos estratégicos sobre las asignaciones correspondientes a su grupo de trabajo operativo, las horas que laboran y las responsabilidades que asumen cada uno. Esto puede ser mediante intervenciones breves, que permitan una evaluación adecuada de las actividades de cada servicio, área u oficialía y la distribución de sus funciones específicas.

En este ámbito, se pueden llevar a cabo acciones como la revisión de puestos, actividades, funciones y responsabilidades, así como su congruencia con sus horas laboradas. Se pueden integrar campañas de sensibilización y considerar una integración de una política de prevención de riesgos, para su posterior difusión.

La institución puede considerar integrar programas que fomenten la mejora de la

comunicación entre pares, así como herramientas para los puestos de mando táctico y estratégico que propicien una comunicación efectiva y respetuosa, así como un estilo de liderazgo empático y con capacidad de compartir la toma de decisiones con su equipo de trabajo.

RESULTADOS ESTUDIO COMPLEMENTARIO

TABLAS DE CONTINGENCIA: TEST DE ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO,
ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD MEDIANTE EL ÍNDICE ALFA DE CRONBACH = 0.962

<i>Agrupación de datos y puntaje general de la escala de ETS</i>					
		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Válido	Nula	90	27.1	27.1	27.1
	Baja sintomatología	158	47.6	47.6	74.7
	Mediana sintomatología	81	24.4	24.4	99.1
	Alta sintomatología	3	.9	.9	100.0
	Total	332	100.0	100.0	

<i>Agrupación de datos y puntaje de la sub escalas ETS</i>			
		<i>Recuento</i>	<i>% de N columnas</i>
Subescala ETS	Nulo	95	28.6%
	Bajo	113	34.0%
	Medio	115	34.6%
	Alto	9	2.7%
	Total	332	100.0%
Subescala Fatiga	Nulo	210	63.3%
	Bajo	93	28.0%
	Medio	23	6.9%
	Alto	6	1.8%
	Total	332	100.0%
Subescala Sacudida	Nulo	110	33.1%
	Bajo	120	36.1%
	Medio	93	28.0%
	Alto	9	2.7%
	Total	332	100.0%

TABLAS DE CONTINGENCIA: CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI),
ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD MEDIANTE EL ÍNDICE ALFA DE CRONBACH = 0.633

<i>Agrupación de datos y puntaje general cuestionario MBI</i>					
		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Válido	Bajo	314	94.6	94.6	94.6
	Medio	17	5.1	5.1	99.7
	Alto	1	.3	.3	100.0
	Total	332	100.0	100.0	

<i>Agrupación de datos y puntajes subescalas cuestionario MBI</i>			
		<i>Recuento</i>	<i>% de N columnas</i>
Agotamiento Emocional	Bajo	300	90.4%
	Medio	28	8.4%
	alto	4	1.2%
	Total	332	100.0%
Realización Personal	Bajo	13	3.9%
	Medio	155	46.7%
	Alto	164	49.4%
	Total	332	100.0%
Despersonalización	Bajo	317	95.5%
	Medio	15	4.5%
	Alto	0	0.0%
	Total	332	100.0%

TABLAS DE CONTINGENCIA: ESCALA DE ACOSO DE CISNEROS (MOBBING),
ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD MEDIANTE EL ÍNDICE ALFA DE CRONBACH = 0.943

<i>Agrupación de datos y puntaje general escala de acoso</i>					
		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Válido	Nulo	265	79.8	79.8	79.8
	Bajo	61	18.4	18.4	98.2
	Medio	6	1.8	1.8	100.0
	Total	332	100.0	100.0	

<i>Agrupación de datos y puntajes sub escalas de acoso</i>			
		<i>Recuento</i>	<i>% del N de fila</i>
F1 Acoso profesional	Nulo	228	100.0%
	Bajo	84	100.0%

continúa en la página siguiente...

		Recuento	% del N de fila
	Medio	16	100.0%
	Alto	4	100.0%
	Muy alto	0	0.0%
	Total	332	100.0%
F1 Acoso personal	Nulo	264	100.0%
	Bajo	60	100.0%
	Medio	8	100.0%
	Alto	0	0.0%
	Muy alto	0	0.0%
	Total	332	100.0%
F2 Conductas coercitivas punitivas	Nulo	316	100.0%
	Bajo	15	100.0%
	Medio	1	100.0%
	Alto	0	0.0%
	Muy alto	0	0.0%
	Total	332	100.0%
F3 Conductas de ninguneo humillación	Nulo	258	100.0%
	Bajo	60	100.0%
	Medio	9	100.0%
	Alto	5	100.0%
	Muy alto	0	0.0%
	Total	332	100.0%

DISCUSIÓN

Cuestionario de ETS, se encontró en la escala general 81 casos (24.4%) sintomatología de valor medio y solo 3 casos (0.9%) de sintomatología alta, dándonos un 25.3% de datos de ETS. Este test se mide en escala politémica, que es más precisa en la valoración de intensidad de la presencia de sintomatología que la escala del cuestionario de la guía I de la NOM-035 que es dicotómica, en donde se detectó un promedio de 11.7% de los casos con sintomatología de TEP.

Lo que nos muestra una diferencia significativa de presencia de sintomatología en

el cuestionario de ETS de la muestra analizada por su sensibilidad de los reactivos específicos al personal. Se debe mencionar que la fiabilidad es muy alta para el test aplicado, esto a pesar de haber sido en línea sus pocos reactivos y específicos bien estructurados se logró mantener una consistencia de 0.962 cercana 1.

El análisis individual de las subescalas arroja datos más consistentes con el ETS, en la subescala de ETS hallamos 115 casos nivel medio (34.6%) y 9 casos nivel alto (2.7%) dando un total de 36.3% de datos de ETS en el personal de la CMPCYBZ, esta subescala relaciona el trabajo con la exposición a

material altamente estresante en el cuidado y atención de personas y eventos como emergencias y desastres, en ella se recogen reacciones de tipo cognitivas y emocionales las cuales se han observado en las evaluaciones personales anuales al personal.

En la subescala de fatiga por compasión encontramos 23 casos nivel medio (6.9%) y 6 casos nivel alto (1.8%), un total de 8.7% de personal con fatiga por compasión este grado de agotamiento físico y emocional que el personal padece es bajo debido a la baja labor asistencial y de auxilio directo y continuo a personas en situación de vulnerabilidad. En la subescala de sacudida de creencias detectamos 93 caso nivel medio (28%) y 9 casos nivel alto (2.7%), un total de 30.7%, aquí hacemos referencia al cambio de creencias y valores que puede tener lugar tras el trauma, el cual no tiene que ver con cuestiones religiosas o dogmáticas, se refiere al sentido de vida personal, familiar y de comunidad que el personal siente al interactuar en una situación altamente estresante, al cuestionar el porqué de los eventos atendidos.

En el análisis de variables cruzadas encontramos datos interesantes; el rango de edad que más presenta datos de sintomatología de ETS es el de los 36 a 40 años, seguido del de 41 a 45 años. Este es consistente con la literatura consultada de otros estudios similares, haciendo una hipótesis que esto se pueda deber a las etapas y crisis de la vida, específicamente en el desarrollo psicosocial de Eric Erikson, en el estadio: generatividad *versus* estancamiento, cuidado y celo adulto que se da entre los 30 a 50 años (Erikson, 1998).

La misma consistencia en la subescala de ETS, de fatiga de compasión y sacudida de creencias, así mismo parece que se vincula la escolaridad a más grado de escolaridad, mayor prevalencia en la sintomatología, no se encontró un dato similar consistente en la literatura consultada.

Un dato muy significativo se halló en el análisis de la antigüedad laboral, donde la mayor incidencia de sintomatología en las tres subescalas, se encontró que el rango de 0 a 5 años de antigüedad laboral, no habiendo un referente de estudios similares, esto se puede deber a la neófito integración de los eventos de alto contenido emocional a los que el personal de nuevo ingreso está expuesto, a diferencia del personal con más antigüedad que lo han integrado de diferentes formas a lo largo de los años. En cuanto a las áreas de coordinación donde se encontró la mayor presencia de datos de ETS y las tres subescalas, es en el centro de operaciones de emergencias (COE), que tiene casos de niveles altos de ETS. Esto contrasta con el número de personal que estadísticamente no representaría una incidencia en comparación con el personal de operaciones que son más. Posiblemente al tipo de carga laboral y de atención continua que demanda su área.

La escala MBI muestra un índice de fiabilidad del 0.633 según los criterios establecidos para el presente estudio su confiabilidad es alta, se planteó la posibilidad de discriminar 2 ítems para aumentar el alfa de Cronbach, logrando solo un 0.721, se decide no hacerlo para mantener el análisis de datos completo. Para una correlación con estudios posteriores, otra razón de haber obtenido un alfa de Cronbach aceptable,

es la consistencia detectada en el estudio de tablas cruzadas donde se encontró casi un 75% de respuesta que niegan las sintomatologías del test de manera general y por subescalas.

Se detectó una similitud entre los resultados del estudio del test de MBI aplicado en el 2018 al personal de operaciones donde se encontraron solo tres casos de *burnout* 1.7% de la muestra, contra un caso en el presente estudio 0.3% de la muestra. En cuanto a las subescalas en agotamiento emocional encontramos actualmente 4 casos (1.2%) contra 0 casos en el 2018; la realización personal encontramos 164 casos (49.4%) contra 27 casos (15.1%) en el 2018 y por último la despersonalización 0 casos contra 12 casos (6.7%) en el 2018. Se nota una disminución de casos con datos altos actualmente, pero la subescala de realización personal esta se vio incrementada significativamente 27 casos (2018) contra 164 (2020), esta correlación entre más nivel de escolaridad más presencia de *burnout*, se pueda deber a la exigencia personal de mejorar sus ingresos y posición en el escalafón dentro en la CMPCYBZ, motive un estrés continuo que origine el incremento de casos en esta subescala.

De igual manera que la escala de ETS, la mayoría de los casos de *burnout* medio y alto se encontraron en el rango de edad entre los 31 y 45 años, nivel de escolaridad licenciatura y en el personal con menos años laborados (0 a 5) en la CMPCYBZ, así como las áreas donde hay más personal afectado es en operaciones y COE.

Las condiciones encontradas en el personal de nuevo ingreso con una antigüedad laboral entre los 0 y 5 años y su tipo de

contrato laboral (a término), son un factor que evidencia de manera marcada las correlaciones encontradas de más casos detectados de ETS, *burnout* y acoso laboral en un estudio en Argentina se encontró una correlación entre el ambiente de trabajo y los niveles de estrés laboral, Chiang *et al.* (2018), «A mayor nivel de estrés laboral, menor nivel de satisfacción laboral» por lo que se sugiere hacer un estudio de satisfacción laboral, si este es bajo en el grupo de 0 a 5 años de antigüedad laboral, sería el motivo de la prevalencia de su sintomatología.

Las escalas generales de acoso laboral se encontraron un 79.8% de la muestra con datos nulos, el 18.4% dio bajo y sólo 1.8% dio medio. Este corolario es consistente con identificados en la valoración del dominio de violencia laboral de la NOM-035 en la categoría de liderazgo y relaciones en el trabajo que tuvo un nivel nulo.

En el análisis de los resultados por factores agrupados de las 4 subescalas hay un comportamiento similar, destacando 4 casos el 1.2% de la muestra, con nivel alto de acoso de tipo profesional y 5 casos el 1.5% con un nivel alto de acoso por conductas de ninguneo y humillación. La escala adaptada de Cisneros no evalúa la organización del tiempo de trabajo, que resultó medio en la NOM-035, ni lo referente a factores propios de la actividad y cargas de trabajo donde se obtuvieron grados altos en los resultados de la NOM-035, por lo que no se pueden hacer observaciones de correlación entre ambos instrumentos de evaluación de acoso laboral.

En el estudio de variables cruzadas el comportamiento fue similar entre las variables demográficas examinadas y las subes-

calas revisadas. Resaltando nuevamente los casos en el personal de nuevo ingreso donde se detectaron 4 casos, en el rango entre los 0 a 10 años, con afectaciones por acoso de tipo profesional y conductas de acoso por ninguneo y humillación.

El acoso profesional también está presente con 5 casos grado alto, en las áreas de COE 1 caso, en operaciones 3 casos y gestión de riesgo 1 caso, en lo referente a conductas de ninguneo y humillación, COE 2 casos y operaciones 5 casos. De igual manera la relación de casos de acoso profesional y conductas de ninguneo y humillación está más presente en personal con nivel de licenciatura.

CONCLUSIONES

Las pruebas aplicadas en el 2018 comparadas con las del 2020 muestran un comportamiento paralelo a la baja en el 2020, máxime si agregamos que la pandemias se agrega como variable independiente, no significó un incremento en los resultados obtenidos, se recomienda hacer un estudio específico de la afectación mental y física en el personal expuesto, contagiado y en aislamiento social de la coordinación, el obtener resultados bajos de manera general pueden estar relacionados con los cambios gestados en la coordinación como, mejora de sueldos, promociones de rango, horarios sin extensión extraordinaria salvo necesidades muy específicas que se compensan, equipamiento suficiente y profesional, atención de la salud del personal, son atenuantes y mejoran el ambiente y clima laboral por ende mitigan algunos de los factores de riesgo psicosocial estudiados.

Los 3 test aplicados en paralelo con la NOM-035-STPS-2018, muestran un comportamiento similar en los resultados obtenidos de la NOM-035, se realizó un análisis extra de tablas cruzadas con el dominio de carga laboral el dominio de más alta afectación en la coordinación, encontrando también un comportamiento similar con la edad cumplida, nivel de escolaridad, antigüedad laboral y área laboral en la CMPCYBZ, con lo encontrado en los 3 test aplicados, dando una consistencia estadística y fiabilidad a los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Chiang Vega, M. M., Riquelme Neira, G. R., y Rivas Escobar, P. A. (2018). Relación entre satisfacción laboral, estrés laboral y sus resultados en trabajadores de una institución de beneficencia de la provincia de Concepción. *Ciencia & Trabajo*, 20(63), <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492018000300178>
- Erikson, E. (1998). *Ciclo de vida completo*. Estados Unidos: Artmed.
- Gil-Monte, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2). DOI: 10.1590/S1135-57272009000200003
- Gómez-Ortíz, V. G. y Juárez-García, A. (2016). Working Conditions and Effort-Reward Imbalance in Latin America. En *Work Stress and Health in a Globalized Economy*.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2011). Definición del tipo de investigación a realizar: básicamente explorato-

- ria, descriptiva, correlacional o explicativa. En *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill
- Leka, S., Jain, A., Zwetsloot, G., y Cox, T. (2010). *Policy-level interventions and work-related psychosocial risk management in the European Union*. Reino Unido: Work & Stress.
- Mayo, E. (1933). *The Human Problems of an Industrial Civilization*. Estados Unidos: The Mac Millan Company. New York.
- Meda, R., Moreno-Jiménez, B., Palome-
ra, A., Arias, E., y Vargas, R. (2012). La evaluación del estrés traumático secundario. Estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de Guadalajara, México. *Terapia Psicológica*, 30(2), 31-41. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200003>
- Moreno J., B., Morante, M.E., Rodríguez M., A. y Garrosa, E. (2004). Secondary Traumatic Stress as Psychosocial Emergent Risk. Helsinki: Paper presented at the 18th Annual Conference of the European Health Psychology Society.
- Normas Oficiales Mexicanas, STPS (2018). NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. México: Secretaría de Gobierno.
- Soto, O. (2019). Salud mental en el personal de operaciones de la Coordinación de Protección Civil y Bomberos Zapopan, Jalisco. Presentación cartel. Memorias XXVII Congreso Mexicano de Psicología. México.
- Velásquez, M., Castillo, C., Mancilla, I., López, I., y Arenales, R. (2019). Prevalencia de depresión y estrés postraumático en los bomberos voluntarios. *Revista Médica, Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala*, 158(1). <https://doi.org/10.36109/rmg.v158i1.118>

Actitud y conocimiento hacia los usos de la cannabis y el cáñamo en estudiantes de la Licenciatura en Ingeniería Civil y Licenciatura de Médico Cirujano y Partero del Centro Universitario de la Costa

Hiram Kanek González Vera y Diana Jennifer López Ramírez

RESUMEN: Los usos del cannabis y el cáñamo han estado presentes en la vida del ser humano desde hace miles de años, y en la actualidad estos usos se han visibilizado debido a los cambios en las leyes de distintos países donde están trabajando para desarrollar conocimiento y usos prácticos sobre la planta. Por consiguiente, la actitud hacia estos usos ha cambiado como resultado del progreso obtenido del empleo de los usos de la cannabis y el cáñamo.

En este artículo revisaremos un estudio aplicado a estudiantes de la Licenciatura en Ingeniería Civil y la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero con la finalidad de conocer la actitud y el conocimiento que tienen sobre los usos de la cannabis y el cáñamo para después comparar los resultados obtenidos. Los datos pueden interpretarse mejor si asumimos que la actitud resulta en una predisposición para responder favorable o desfavorable a ciertos acontecimientos dependiendo de la combinación de pensamientos, ideas, datos y emociones que posee el individuo, resaltando la relevancia que tienen los estudios académicos en la formación de dicha actitud.

La regulación de esta planta en nuestro país puede ser un factor importante para el cambio de actitud hacia los usos principalmente para aquellos que brindan un beneficio a la sociedad.

Palabras clave: actitud, cannabis, cáñamo, investigación, psicología, estigma, leyes, regulación, estudiantes.

ABSTRACT: The uses of cannabis and hemp have been present in human life for thousands of years, and today this issue has become visible due to changes in the laws of different countries where they are working to develop knowledge and prac-

tical uses about the plant. Consequently the attitude towards these uses has changed as a result of the progress made from the use of cannabis and hemp uses.

In this article we will review a study applied to students of the Degree in Civil Engineering and the Degree in Midwifery Surgeon in order to know the attitude and knowledge they have about the uses of cannabis and hemp and then compare the results obtained. The data can be better interpreted if we assume that the attitude results in a predisposition to respond favorable or unfavorable to certain events depending on the combination of thoughts, ideas, data and emotions that the individual possesses, highlighting the relevance of academic studies in training of said attitude.

The regulation of this plant in our country can be an important factor in changing the attitude towards uses, mainly for those that provide a benefit to society.

Keywords: attitude, cannabis, hemp, research, psychology, stigma, laws, regulation, students.

INTRODUCCIÓN

El ser humano ha ido evolucionando conforme pasa el tiempo, el crecimiento de este mismo es debido a la relación que existe entre individuo-sociedad y por el contexto donde se desarrolla.

Comprendido desde esta perspectiva, la formación de la actitud favorable de los estudiantes a quienes se les aplicó el estudio, y la relación entre la actitud tomada hacia el uso de la cannabis y el cáñamo, son influenciadas por el conocimiento y/o desconocimiento sobre los usos de estos mismos, así como por la carrera que están cursando.

Es apropiado resaltar que dicha información es importante y benéfica para el futuro profesional de los estudiantes, por lo tanto, necesaria de conocer para que los estudiantes desarrollen su pensamiento y como resultado generarán una óptima actitud hacia los usos de la cannabis y el cáñamo.

Se logró observar interés por parte de los estudiantes por conocer, promover e investigar sobre los usos de la cannabis y el cáñamo. Tanto los participantes que desconocían la información como aquellos que tenían conocimiento al respecto, mostraron una actitud positiva a que el Centro Universitario difundiera y otorgara espacios para la creación de trabajos, ponencias y talleres que impulsen el desarrollo de estos temas, promoviendo la información científica, la cual debe ser primordial en cualquier área de conocimiento. Si bien, la sociedad siempre ha tratado de utilizar todo aquello que le otorgue un beneficio, en este caso aquellos generados de la cannabis y el cáñamo.

En distintas partes del mundo se investiga el potencial benéfico que tienen los usos de la cannabis para la salud y la industria en contraste con el potencial negativo que puede generar, por lo que se realizan investigaciones desde diferentes disciplinas cien-

tíficas y modifican sus leyes para poder regular estos usos. México prohibió cualquier acción específica y general relacionada con los usos de la cannabis y el cáñamo o cualquiera de sus derivados e impuso durante 101 años esta prohibición absoluta que contrario a beneficiar al país lo hundió en violencia, desigualdad, abusos, corrupción, un sesgo cultural y una interminable lista de daños colaterales.

México a pesar de la ilegalidad siembra, cosecha y distribuye esta planta por el mundo, es decir ¡México es potencia mundial en la producción y distribución de cannabis en el mundo! lo que sería un orgullo, gran aporte económico, académico y social para el país... si no sucediera de manera ilegal.

Reglamentación en México

Actualmente las cosas dieron un giro inesperado, el 12/01/2021 en el Diario Oficial de la Federación se publica el «Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario para la Producción, Investigación y Uso Medicinal de la Cannabis y sus Derivados Farmacológicos» (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2021). Ésta es una buena noticia para el país ya que, cuidando sus buenas prácticas, aunado a efectivos planes de prevención y reducción de riesgos para individuos con uso problemático de cannabis podremos ser potencia desde la legalidad.

Algunos puntos importantes en cuanto a la investigación que nos menciona este nuevo reglamento son, por ejemplo, la definición sobre investigar en el capítulo III, artículo 3, sección XXII (DOF, 2021):

Estudiar, bajo criterios científicos, a la Cannabis, a sus Derivados Farmacológicos y a

los Medicamentos de Cannabis para uso en humanos, respecto de los cuales no se tenga experiencia previa en el país, que no hayan sido registrados por salud y, por lo tanto, no sean distribuidos en forma comercial, así como a los Medicamentos registrados y aprobados para su venta, cuando se trate de su uso con modalidades, indicaciones, dosis o vías de administración diferentes a las establecidas, incluyendo su empleo en combinaciones.

Teniendo en cuenta que la acción de la investigación para la salud será en los términos establecidos en el «Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud» (DOF, 1987).

Contemplando el título primero, capítulo único, artículo 3. donde la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción de insumos para la salud.

Ahora bien, aunque se dio un paso en el tema de regulación para los usos del canna-

bis estamos aún lejos de haber resuelto esta situación, pues son distintos los organismos los que se encargarán de la expedición de licencias para los usos, pero aún no saben cómo, por ejemplo, en el título tercero, capítulo I, artículo 11, sección II (DOF, 2021) nos dice que necesitamos «El documento que compruebe el origen del material objeto del Protocolo de Investigación».

Lo contradictorio de esto es que no hay un lugar para obtener «el material» pues está prohibida la importación y en México no existe un catálogo de semillas de cannabis por lo que no se puede cumplir con la trazabilidad del producto que exige esta ley, de ahí la importancia de la creación de conocimiento sobre los usos del cannabis en México.

Como bien lo mencionó en una entrevista Alberto Esquer Gutiérrez (Gobierno del Estado de Jalisco, 2020), titular de la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural «Eso va a generar que haya producción de marihuana en México, para lo cual tenemos cero conocimientos, cero capacitaciones, cero organizaciones. ¿Cómo lo vamos a hacer? ¿En qué momento lo vamos a hacer? ¿Cómo lo vamos a ordenar?».

Gran ejemplo de la necesidad actual por generar conocimiento desde distintas áreas de estudio como la agronomía, medicina, psicología, nutrición, ingeniería civil, entre otras más.

Por otro lado, el día 10 de marzo del 2021 se presentó la minuta para la expedición de la Ley Federal para la Regulación del Cannabis (Poder Legislativo Federal Cámara de Diputados, 2021) con la finalidad de mejorar la actual regulación en beneficio de la sociedad agregando conceptos como

el uso recreativo y el autocultivo personal como derecho de los ciudadanos al libre desarrollo de la personalidad.

Con la regulación se abre la oportunidad de obtener nuevos conocimientos acerca de los usos de la cannabis y el cáñamo, como comunidad académica es nuestro deber investigar, evaluar, e implementar las medidas necesarias para conocer y difundir los aspectos positivos y negativos de cada uso, partiendo desde una visión científica.

MÉTODO

Población y muestra

La selección de la población se distribuye de la siguiente manera: Médico Cirujano y Partero 91 e Ingeniería Civil 61.

Para el estudio de comparación de actitudes se establecen como criterios de selección los siguientes:

- Ser alumnos activos del Centro Universitario de la Costa.
- Estar cursando el primer, tercer o sexto semestre en alguna de las licenciaturas de Médico Cirujano y Partero o Ingeniería Civil.

Se realizó un estudio mixto de tipo descriptivo entre los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2018, aplicado a 152 estudiantes de 1°, 3° y 6° semestre de la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud y la Licenciatura en Ingeniería Civil de la División de Ingenierías, ambas divisiones del Centro Universitario de la Costa-UDG.

Se utilizaron como instrumentos una encuesta Likert (anexo 1) para la medición de actitudes y una encuesta Guttman (ane-

xo 2) para la medición de conocimiento sobre los usos de la cannabis y cáñamo, las encuestas fueron elaboradas por los autores a propósito y llevaron una revisión de redacción de ítems aprobada por el asesor de la investigación, el muestreo se realizó de manera aleatoria.

El primer cuestionario (encuesta tipo Likert) consta de 20 afirmaciones con 5 posibles respuestas (Muy de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Desacuerdo, Muy en desacuerdo) estructuradas en tres apartados: El primero sobre el uso recreativo/personal (afirmación 1-7), el segundo sobre el uso medicinal/terapéutico (afirmación 8-14) y el tercero sobre el uso industrial (afirmación 15-20).

El segundo cuestionario (encuesta Guttman) consta de 17 preguntas con dos posibles respuestas (sí, no) formulando preguntas básicas obligatorias para el conocimiento dentro del uso medicinal (preguntas 8-14) y para el conocimiento del uso industrial (preguntas 15-20), así como conocimiento de su uso personal (preguntas 1-7 y 16).

La aplicación se realizó por medio de una invitación libre a los estudiantes. Se hizo entrega de los cuestionarios semiestructurados a cada estudiante y fueron llenados de forma anónima y voluntaria. Durante la realización de encuestas, se garantizó la confidencialidad de las respuestas. No estuvieron presentes los profesores, solo un encuestador que facilitó instrucciones de cumplimiento y aclaró las dudas surgidas.

RESULTADOS

A continuación, se presentan las gráficas de los resultados obtenidos al finalizar la

aplicación de encuestas, cada gráfica representa un grupo específico y el instrumento aplicado.

Para efectos relacionados con uno de los objetivos de nuestra investigación, resaltamos el hecho de que la afirmación número 20 «Debería haber talleres en la universidad (informativos, reducción de riesgos, cultivó, derechos humanos, marihuana medicinal, etc...)» obtuvo un resultado positivo en las gráficas de ambas licenciaturas. También podemos observar que en la encuesta para conocer la información básica que poseen los estudiantes es baja, por ejemplo, en la pregunta 11. ¿Qué es el cáñamo? la mayoría de los estudiantes de la Licenciatura en Ingeniería Civil lo desconocieron a pesar de que es un material que puede revolucionar la industria de la construcción, o por parte de los estudiantes de la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero predominó el desconocimiento en la pregunta 7. ¿Sabes qué es el CBD? cuando ya es médicamente comprobado su potencial medicinal y terapéutico.

Al final en las gráficas comparativas se puede observar a grandes rasgos que la actitud hacia los usos de la cannabis por parte de los estudiantes en general es positiva y el conocimiento que tienen sobre estos usos es negativo.

Gráficas 1a y 1b

Escalas comparativas de actitud e información de los estudiantes de primer, tercer y sexto semestre de la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero y la Licenciatura en Ingeniería Civil.

De los 152 estudiantes que contestaron el cuestionario Likert el 59.86% eran estu-

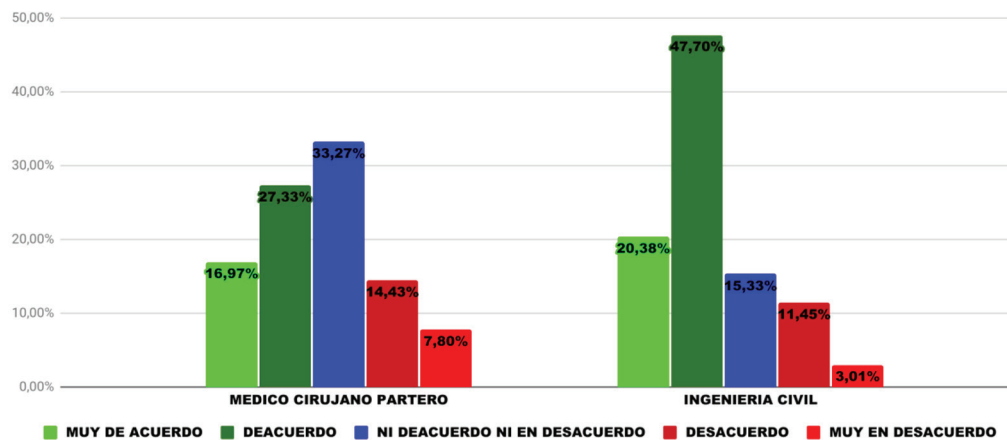
diantes de medicina (M) y el 40.13% eran estudiantes de ingeniería (I).

El 16.97% (M) y 20.38% (I) reportó una actitud de muy de acuerdo, el 47.7% (I) y 27.33% (M) reportó tener una actitud de acuerdo, el 33.27% (M) y 15.33% (I) reportó una actitud en ni acuerdo ni en desacuerdo, el 14.43% (M) y 11.45% (I) una

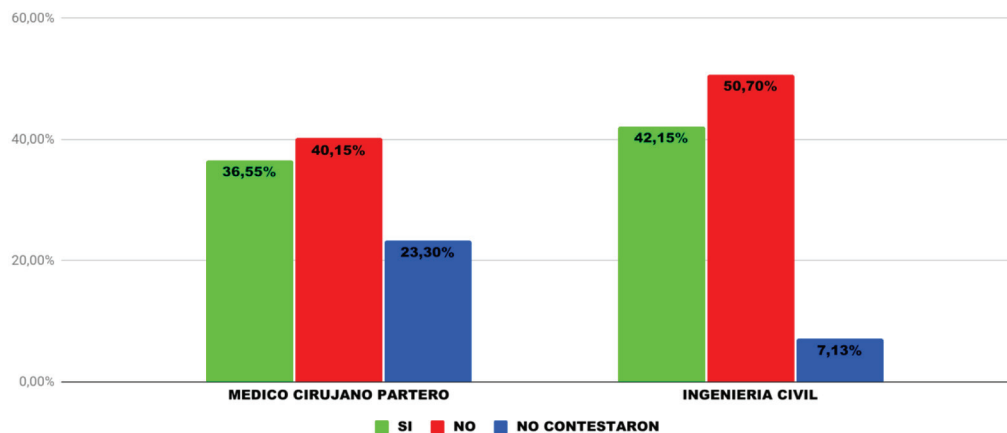
actitud en desacuerdo, el 7.8% (M) y 3.01% (I) una actitud muy en desacuerdo.

De entre estos mismos estudiantes se obtuvieron los siguientes porcentajes de la encuesta Guttman (de información); el 36.35% (M) y 42.15% (I) SÍ, el 40.15% (M) y 50.7% (I) NO, datos extra 23.3% (M) y 7.3% (I) no contestaron.

GRÁFICA 1A. ESCALA COMPARATIVA SOBRE LA ACTITUD HACIA LOS USOS DE LA CANNABIS Y EL CÁÑAMO



GRÁFICA 1B. ESCALA COMPARATIVA DE LA INFORMACIÓN SOBRE LOS USOS DE LA CANNABIS Y EL CÁÑAMO



Gráficas 2a, 2b, 2c, 2d, 2e y 2f

Actitud e información de los estudiantes de primer, tercer y sexto semestre en Ingeniería Civil.

Presentan los resultados de los estudiantes de Ingeniería de primer (1), tercer (3) y sexto (6) semestre de ambas encuestas, Likert para Actitud (L) y encuesta Guttman

para Información (G). Las cuales presentan diversas discrepancias entre los distintos semestres de las cuales destacamos las de mayor y menor porcentaje:

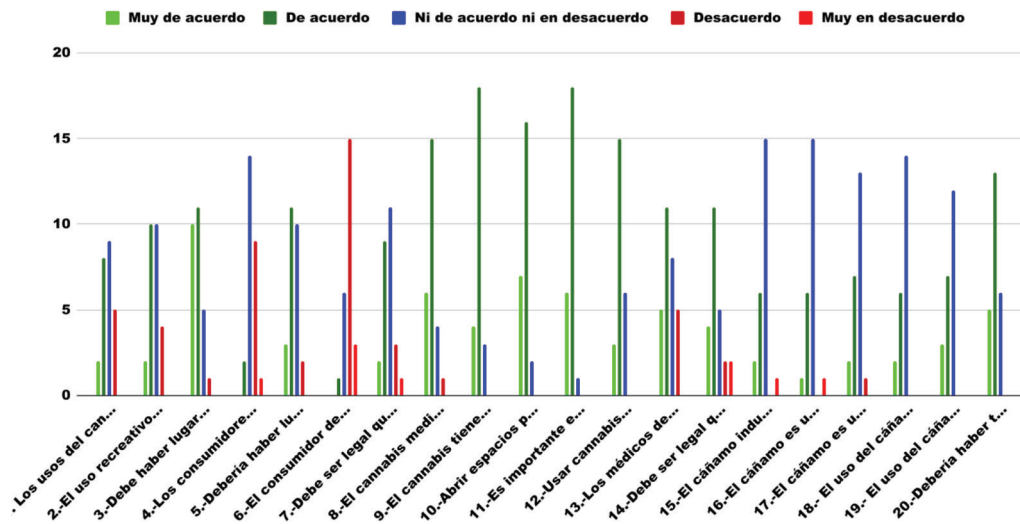
L-1 De acuerdo 32.58%, Muy en desacuerdo 2.02%, G-1 No 57.03%.

L-3 De acuerdo 22.62%, Muy en desacuerdo 3.485, G-3 No 52.30%.

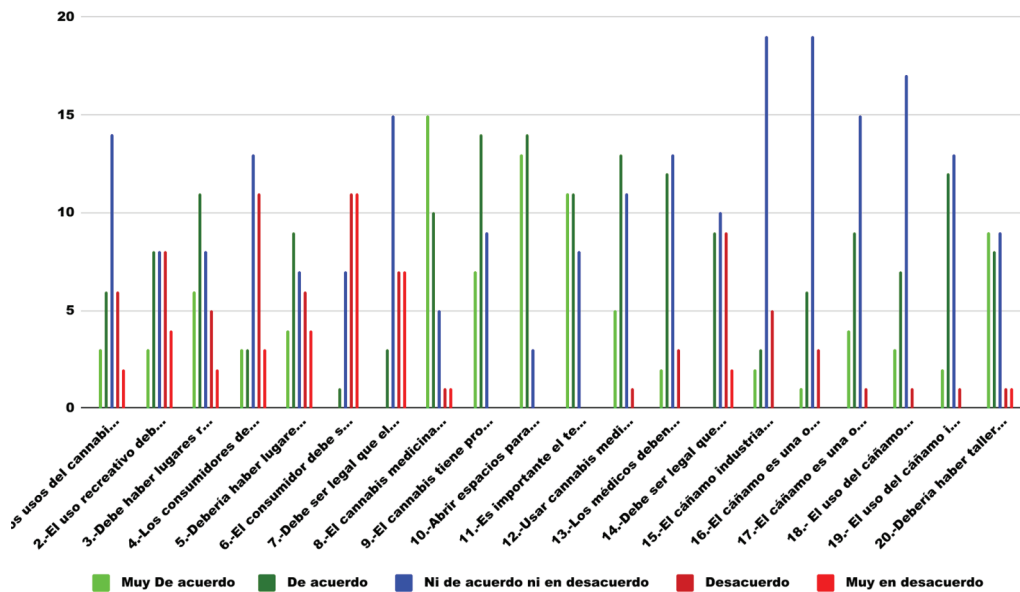
L-6 De acuerdo 23.76%, Desacuerdo 2.93%, G-6 Si 64.26%.

Las diferencias obtenidas muestran en los alumnos de tercer semestre un índice positivo menor en la encuesta Likert y un aumento en el índice negativo en la encuesta Guttman en comparación con los alumnos de primer y sexto semestre.

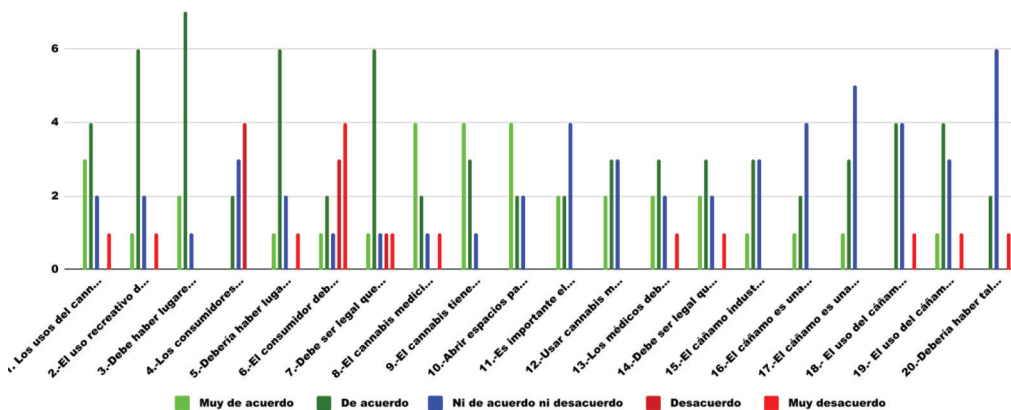
GRÁFICA 2A. ACTITUD HACIA LOS USOS DE LA CANNABIS Y EL CÁÑAMO (LICENCIATURA EN INGENIERÍA CIVIL, PRIMER SEMESTRE)



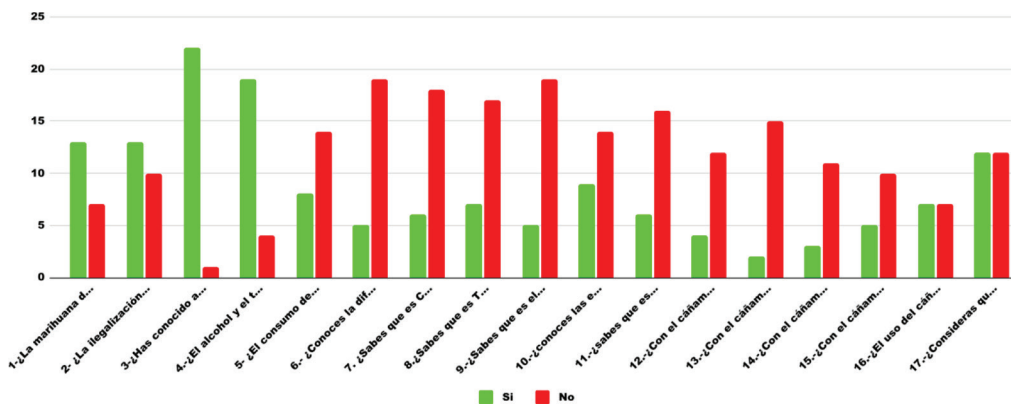
GRÁFICA 2B. ACTITUD HACIA LOS USOS DE LA CANNABIS Y EL CÁÑAMO (LICENCIATURA EN INGENIERÍA CIVIL, TERCER SEMESTRE)



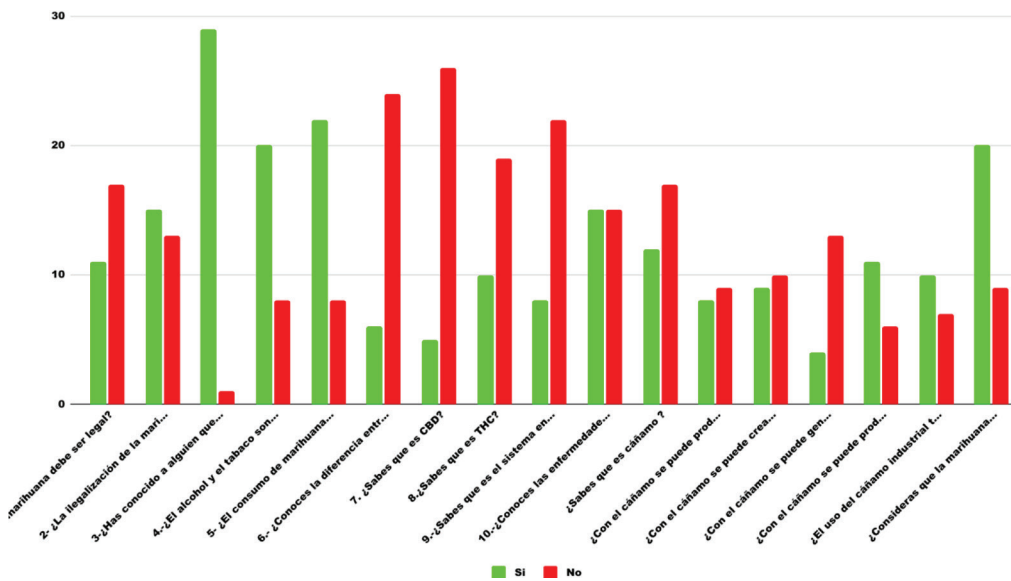
GRÁFICA 2C. ACTITUD HACIA LOS USOS DE LA CANNABIS Y EL CÁÑAMO
(LICENCIATURA EN INGENIERÍA CIVIL, SEXTO SEMESTRE)



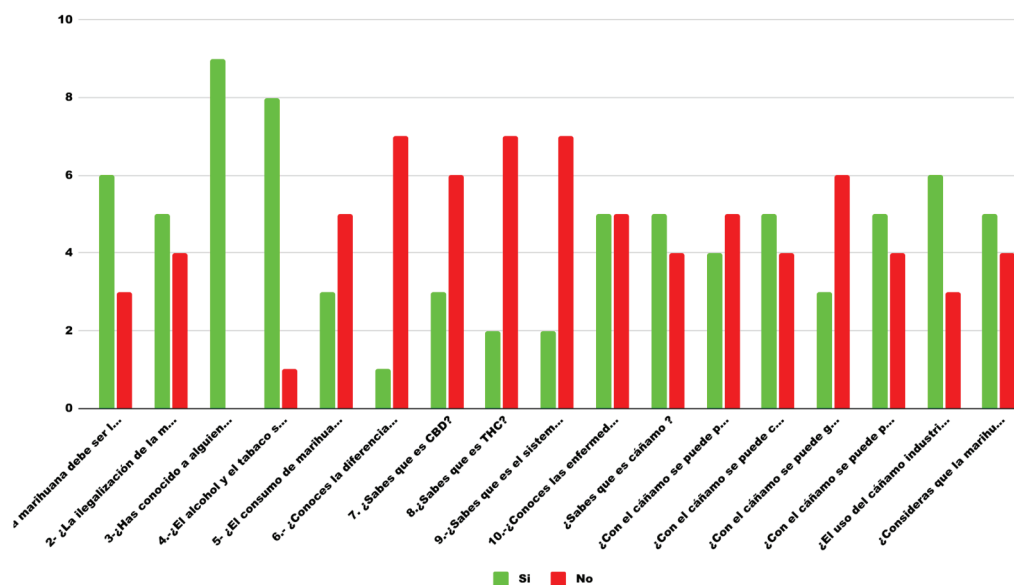
GRÁFICA 2D. CONOCIMIENTO DE LOS USOS DE LA CANNABIS Y EL CÁÑAMO
(LICENCIATURA EN INGENIERÍA CIVIL, PRIMER SEMESTRE)



GRÁFICA 2E. CONOCIMIENTO DE LOS USOS DE LA CANNABIS Y EL CÁÑAMO
(LICENCIATURA EN INGENIERÍA CIVIL, TERCER SEMESTRE)



GRÁFICA 2F. CONOCIMIENTO DE LOS USOS DE LA CANNABIS Y EL CÁÑAMO (LICENCIATURA EN INGENIERÍA CIVIL, SEXTO SEMESTRE)



Gráficas 3a, 3b, 3c, 3d, 3e y 3f

Actitud e información de los estudiantes de primer, tercer y sexto semestre de la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero.

Presentan los resultados de los estudiantes de Medicina de primer (1), tercer (3) y sexto (6) semestre de ambas encuestas, Likert para Actitud (L) y encuesta Guttman para Información (G). Las cuales presentan diversas discrepancias entre los distintos semestres de las cuales destacamos las de

mayor y menor porcentaje:

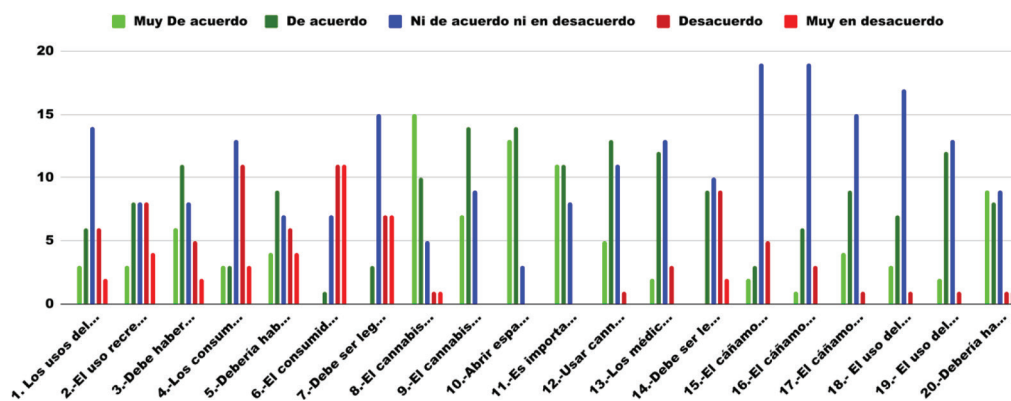
L-1 Ni acuerdo ni en desacuerdo 23.6%, Muy en desacuerdo 4.3%, G-1 No 68.58%.

L-3 De acuerdo 23.81%, Desacuerdo 3.63 %, G-3 No 62.71%.

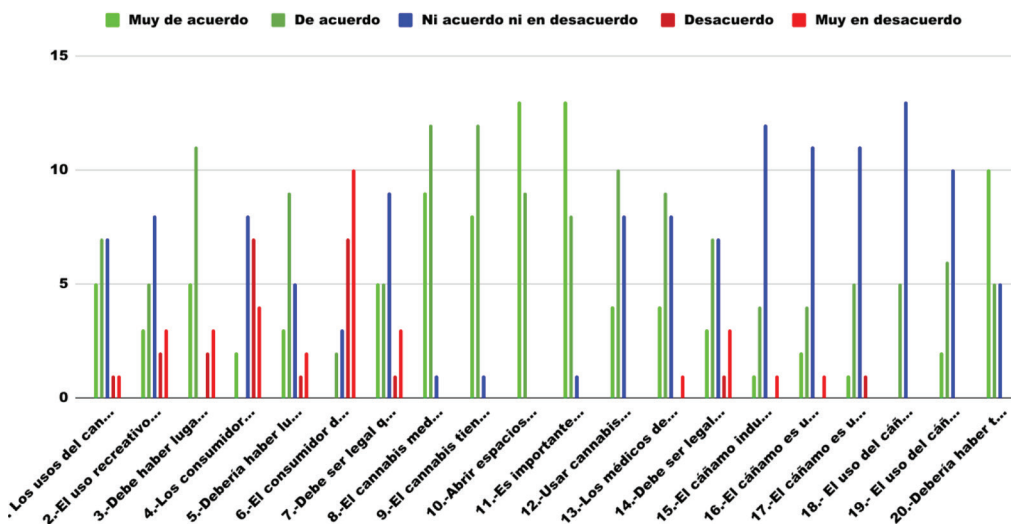
L-6 De acuerdo 30.39%, Desacuerdo 2.98%, G-6 Sí 57.76%.

Las diferencias obtenidas muestran una actitud de porcentaje mayor positivo, cabe mencionar que este aumenta según la información que poseen los estudiantes.

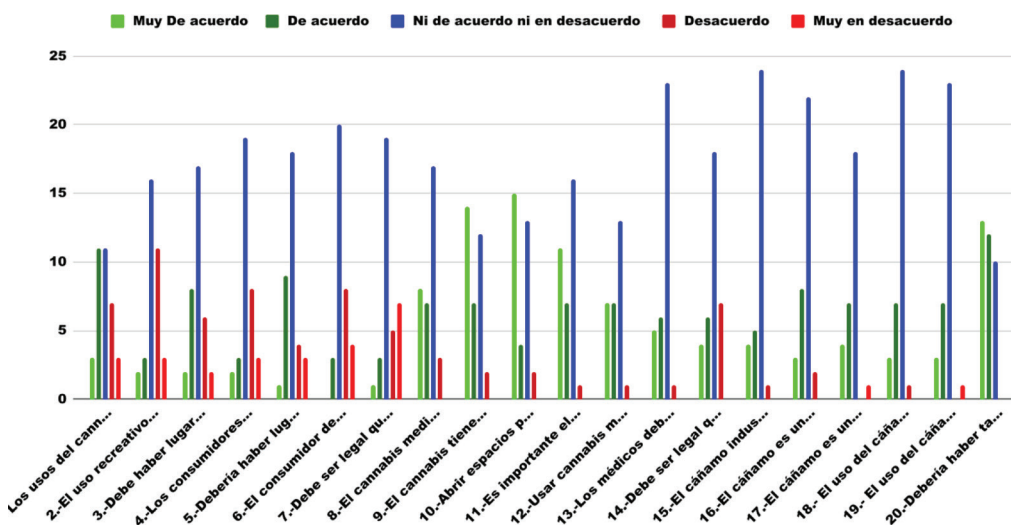
GRÁFICA 3A. ACTITUD HACIA LOS USOS DE LA CANNABIS Y EL CÁÑAMO (LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO, PRIMER SEMESTRE)



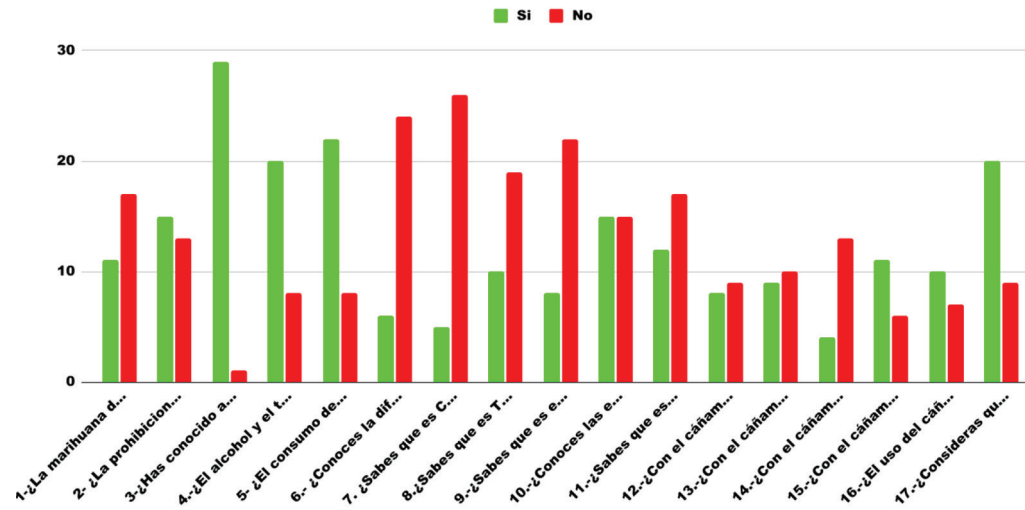
GRÁFICA 3B. ACTITUD HACIA LOS USOS DE LA CANNABIS Y EL CÁÑAMO
(LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO, TERCER SEMESTRE)



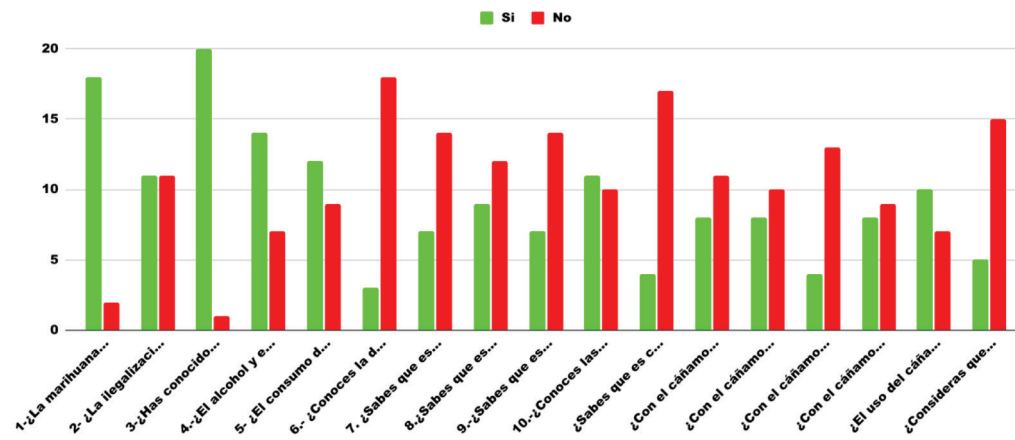
GRÁFICA 3C. ACTITUD HACIA LOS USOS DE LA CANNABIS Y EL CÁÑAMO
(LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO, SEXTO SEMESTRE)



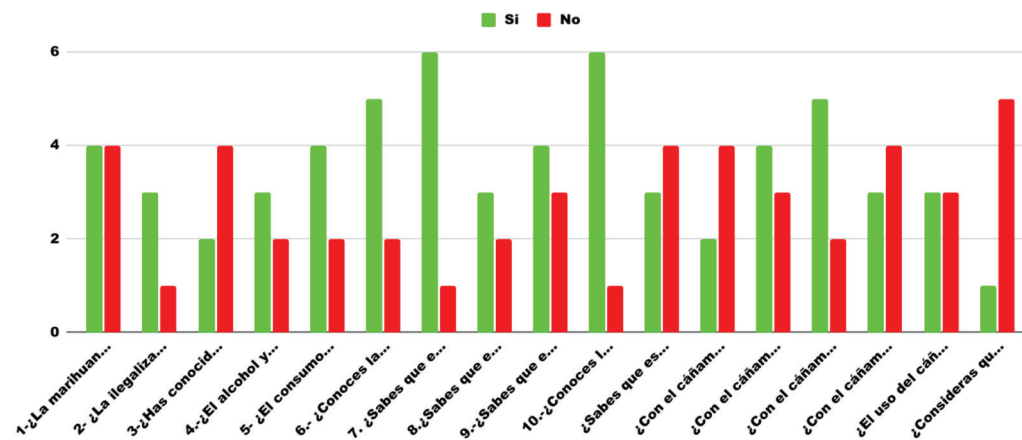
GRÁFICA 3D. CONOCIMIENTO SOBRE LOS USOS DE LA CANNABIS Y EL CÁÑAMO (LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO, PRIMER SEMESTRE)



GRÁFICA 3E. CONOCIMIENTO SOBRE LOS USOS DE LA CANNABIS Y EL CÁÑAMO (LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO, TERCER SEMESTRE)



GRÁFICA 3F. CONOCIMIENTO SOBRE LOS USOS DE LA CANNABIS Y EL CÁÑAMO (LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO, SEXTO SEMESTRE)



DISCUSIÓN

Como se ha señalado la actitud son reacciones evaluativas, favorables o desfavorables que definen la postura del individuo hacia algo, en este caso, hacia las actitudes sobre los usos de la cannabis y el cáñamo dentro de las categorías antes mencionadas (uso personal, uso medicinal, uso industrial). Los resultados nos indican en primera instancia que la actitud entre algunos de los estudiantes hacia los usos de la cannabis fue favorable, mostrando interés por la apertura de espacios en el Centro Universitario de la Costa para la difusión de información científica, en segunda instancia algunos de los estudiantes de ambas licenciaturas desconocen la información básica de estos usos, evidenciando la necesidad en el desarrollo de nuevos conocimientos acerca de los usos de la cannabis y el cáñamo.

CONCLUSIÓN

La necesidad por la investigación de los usos de la cannabis son un hecho, existe ya una competencia mundial en materia de cannabis y quedarnos atrás no es una opción. Saber sobre los usos de la cannabis es una tarea multidisciplinar por lo que se debe estudiar desde la perspectiva de distintas especialidades y distintos objetivos. El uso problemático de la sustancia psicoactiva que contiene la cannabis es una de las razones por las que se debe ser cuidadoso en la difusión de sus usos, por lo que es necesaria la creación e implementación de campañas de información, atención y prevención para este consumo problemático en usuarios.

Hasta el día de hoy, intentar mantenerla oculta y en prohibición total no ha dejado ningún efecto positivo en el tema de las adicciones, en la de la economía ni en la investigación en el país, por el contrario, ha dejado grandes rezagos socio-culturales y un índice elevado de desigualdad y violencia.

Se ha observado que en países donde ya se han regularizado distintos usos de la cannabis y el cáñamo se han visto beneficios inmediatos en la economía, salud, creación de empleos y también un mayor control del consumo en los ciudadanos pues es más fácil cuantificar cifras cuando el mercado está regulado.

¿Es necesaria la creación de espacios dentro de la Universidad para la difusión de información y creación de conocimiento? Sí, en los resultados de nuestro estudio varios de los estudiantes del Centro Universitario de la Costa tuvieron una actitud positiva a la creación de estos espacios y como pudimos observar el desconocimiento sobre los usos predomina en la mayor parte de los participantes.

En la Universidad de Guadalajara, aunque aún existe el estigma por parte de algunos estudiantes y académicos, ya se comenzó con la difusión sobre la cultura cannábica desde antes de la regulación, en el 2019 se realizó una gira universitaria «Cannafest» con la participación de un panel de especialistas internacionales donde el ex presidente de la Federación Estudiantil Universitaria (FEU), Jesús Medina Varela declaró: «Ponemos a discusión este tema ante la política prohibicionista. Es un planteamiento académico, de análisis y discusión. Se está discutiendo actualmente una inicia-

tiva de la entonces senadora Olga Sánchez Cordero, sobre la despenalización del uso de la marihuana» (Universidad de Guadalajara Red Universitaria de Jalisco, 2019) lo que es un buen indicador en el desarrollo de investigación y un punto de referencia para lograr lo mismo en toda la red universitaria de la UDG.

Las actitudes hacia los usos de la cannabis están influenciadas por el estigma generado por la prohibición a nivel mundial que se dio en su contra, en la actualidad gracias a los usos de las tecnologías, la divulgación científica se revolucionó y es más fácil obtener información verídica sobre diversos temas, en este caso, sobre los usos de la cannabis y el cáñamo en sus diferentes áreas. La responsabilidad actual es poder discernir entre lo que es productivo y verídico sobre lo que es improductivo y falso para así generar conocimientos que ayuden al desarrollo de nuestra sociedad.

La próxima vez que notemos una actitud de rechazo en alguna persona hacia los usos de la cannabis hay que preguntarnos ¿De dónde proviene ese rechazo?, ¿tiene fundamentos o solo es una idea creada por un entorno hostil?

BIBLIOGRAFÍA

Diario Oficial de la Federación (2021, enero 12). *Reglamento de la Ley General*

de Salud en Materia de Control Sanitario para la Producción, Investigación y Uso Medicinal de La Cannabis y sus Derivados Farmacológicos. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5609709&fecha=12/01/2021

Diario Oficial de la Federación (1987, enero 6). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Gobierno del Estado de Jalisco (2020, octubre 3). *SADER Jalisco y CANACO Guadalajara trabajarán una Agenda Común por el Sector Agroindustrial*. <https://www.jalisco.gob.mx/es/prensa/noticias/102423>

Poder Legislativo Federal Cámara de Diputados (2021, marzo 10). *Ley federal para la regulación del cannabis*. Recuperado el 2 de junio de 2021, de https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/3/2021-03-11-1/assets/documentos/MINUTA_CANABIS.pdf

Universidad de Guadalajara. Red Universitaria de Jalisco (2019, marzo 25). *Discutirán científicamente uso industrial y medicinal de la marihuana*. Recuperado el 2 de junio de 2021, de <https://www.udg.mx/es/noticia/discutiran-cientificamente-uso-industrial-medicinal-marihuana>


ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA LIKERT

<i>Afirmaciones</i>	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Ni en acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Muy en desacuerdo</i>
1. Los usos de la marihuana deben ser legales en México.					
2. El uso recreativo debe ser legal.					
3. Debe haber lugares regulados para consumidores de marihuana.					
4. Los consumidores de marihuana son disfuncionales socialmente.					
5. Debería haber lugares donde se pueda comprar marihuana de manera legal.					
6. El consumidor debe ser juzgado como delincuente.					
7. Debe ser legal que el usuario cultive sus plantas para uso recreativo.					
8. El cannabis medicinal debe ser legal.					
9. El cannabis tiene propiedades medicinales.					
10. Abrir espacios para la investigación y divulgación de información sobre cannabis medicinal.					
11. Es importante el tema del cannabis medica.					
12. Usar cannabis medicinal tiene que ser un derecho para el usuario médico.					
13. Los médicos deben poder recetar cannabis medicinal.					
14. Debe ser legal que el paciente cultive sus plantas para uso médico.					
15. El cáñamo industrial debe ser legal.					
16. El cáñamo es una opción viable para la construcción de viviendas.					
17. El cáñamo es una opción viable para la producción de biocombustible.					
18. El uso del cáñamo mejoraría la economía industrial.					
19. El uso del cáñamo industrial reduciría el impacto ambiental.					
20. Debería haber talleres en la universidad (informativos, reducción de riesgos, cultivo, derechos humanos, marihuana medicinal, etc...).					

ANEXO 2. ENCUESTA GUTTMAN

1. ¿La marihuana debe ser legal?	Sí	No
2. ¿La ilegalización de la marihuana genera violencia en el país? ¿De qué forma?	Sí	No
3. ¿Has conocido a alguien que use la marihuana?	Sí	No
4. ¿El alcohol y el tabaco son más dañinos que la marihuana?	Sí	No
5. ¿El consumo de marihuana predispone a las personas a consumir otras drogas?	Sí	No
6. ¿Conoces la diferencia entre cannabis y cáñamo?	Sí	No
7. ¿Sabes qué es CBD?	Sí	No
8. ¿Sabes qué es THC?	Sí	No
9. ¿Sabes qué es el sistema endocannabinoide?	Sí	No
10. ¿Conoces las enfermedades que se han tratado con cannabis medicinal? ¿Cuáles?	Sí	No
11. ¿Sabes qué es cáñamo?	Sí	No
12. ¿Con el cáñamo se puede producir biocombustible?	Sí	No
13. ¿Con el cáñamo se puede crear material para construcción?	Sí	No
14. ¿Con el cáñamo se puede generar alimento?	Sí	No
15. ¿Con el cáñamo se puede producir fibra textil?	Sí	No
16. ¿El uso del cáñamo industrial traerá beneficios medioambientales?	Sí	No
17. ¿Consideras que la marihuana es perjudicial para la salud? ¿Por qué?	Sí	No



Ij REVISTA CUC-CIENCIA PSICOLOGÍA Y SALUD
año 3, número 3, se terminó de editar en mayo de 2021,
Centro Universitario de la Costa de la Universidad de Guadalajara.
Av. Universidad 203, delegación Ixtapa, 48280, Puerto Vallarta, Jalisco, México.

La edición consta de 1 ejemplar.



DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
Departamento de Psicología