

Revista Costarricense de Psicología

Revista Científica del
Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica



The Costa Rican Journal of Psychology
Scientific Journal of the Costa Rican Association of Psychology

VOLUMEN 30

NÚMEROS 45-46

AÑO 2011

Revista indexada por el sistema Latindex
ISSN 0257-1439

REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA

DIRECTOR

Alfonso Villalobos Pérez

Caja Costarricense de Seguro Social

CONSEJO EDITORIAL

Carlos Ml. Córdoba González

Universidad Latina, Costa Rica

Diego J. Quirós Morales

Fundación Omar Dengo, Costa Rica

Ronald Ramírez Henderson

Universidad de Costa Rica

Zaida Salazar Mora

Universidad de Costa Rica

Carlos Sandoval-Chacón

Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica

David Torres Fernández

Universidad de Iberoamérica, Costa Rica

Luis Diego Vega Araya

Universidad Latina, Costa Rica

EDITORIAL/REVISIÓN TÉCNICA

Christina B. Junge

Revista Costarricense de Psicología, Costa Rica

FILOLOGÍA ESPAÑOL

Fiorella Monge

Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica

FILOLOGÍA INGLÉS

Sonya Kozicki-Jones

Universidad de Costa Rica

| | |
|---------|--|
| Revista | |
| 150.5 | Revista Costarricense de Psicología n.º 1 (1982) – San José, |
| R454r | Costa Rica: El Colegio. |
| | 1982. |
| | v. |
| | Semestral |
| | ISSN 0257-1439 |
| | 1. Psicología – Publicaciones periódicas. I. Título. |

DIAGRAMACIÓN: **Carlos Kidd**

IMAGEN DE CUBIERTA: **Carlos Kidd**

IMPRESIÓN: **Litografía e Imprenta LIL.**

Las opiniones expresadas en los artículos son de exclusiva responsabilidad de los autores y las autoras y no necesariamente representan el punto de vista del Consejo Editorial de la Revista.

©Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Hecho en depósito de ley

REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA

CONSEJO CIENTÍFICO

NACIONAL

Giselle Amador Muñoz
Universidad de Costa Rica

Marjorie Barquero Ramírez
Universidad Latinoamericana de
Ciencia y Tecnología, Costa Rica

Julio Bejarano Orozco
Instituto de Alcoholismo y
Farmacodependencia, Costa Rica

Susana Dormond Sánchez
Universidad Católica de Costa Rica

Daniel Flores Mora
Universidad de Costa Rica

Jaime Fornaguera Trías
Universidad de Costa Rica

Carlos E. Garita Arce
Caja Costarricense de Seguro Social

Benicio Gutiérrez-Doña
Universidad Estatal a Distancia,
Costa Rica

Graciela Meza Sierra
Universidad de La Salle, Costa Rica

Giovanny León Sanabria
Universidad de Costa Rica

Michael Padilla Mora
Universidad de Costa Rica

Rolando Pérez Sánchez
Universidad de Costa Rica

Silvia Prada Villalobos
Universidad Católica de Costa Rica

Mario A. Sáenz Rojas
Poder Judicial, Costa Rica

Mónica Salazar Villanea
Universidad de Costa Rica

José Manuel Salas Calvo
Universidad de Costa Rica

Édgar Salgado García
Universidad Latinoamericana de
Ciencia y Tecnología, Costa Rica

Blanca Valladares Mendoza
Universidad de Costa Rica

Jaime Robert Jiménez
Universidad de Costa Rica

INTERNACIONAL

Juan Carlos Brenes Sáenz
Universidad de Marburg, Alemania

Pedro R. Gil-Monte
Universidad de Valencia, España

David González Trijueque
Tribunal Superior de Justicia de
Madrid, España

Zoila E. Hernández Zamora
Universidad Veracruzana, México

Wilson López López
Universidad Javeriana, Colombia

Andrés M. Pérez-Acosta
Universidad del Rosario, Colombia

Odir Rodríguez Villagra
Universidad de Potsdam, Alemania

Natalia Salas Gúzman
Universidad Diego Portales, Chile

Roberto Tejero Acevedo
Tribunal Superior de Justicia de
Madrid, España

Alfonzo Urzúa Morales
Universidad Católica del Norte, Chile

CASA EDITORIAL

Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica, Junta Directiva año 2011:

Presidente: Delio Carlos González Burgos
Vicepresidente: Sergio Esquivel Barquero
Secretaria: María Magalli Márquez Wilson
Tesorero: Javier Rojas Elizondo
Vocal I: Johanna Solórzano Morera
Vocal II: Carlos Valerio Salas
Fiscal: Waynner Guillén Jiménez

REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA

Volumen 30

Números 45-46

Año 2011



Correspondencia:

Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica
Apartado postal 8238-1000, San José, Costa Rica

Correo electrónico:

revistacientifica@psicologiacr.com
avillalobos@psicologiacr.com

Sitio web:

<<http://www.revistacostarricensedepsicologia.com>>.

2011

REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA

PUBLICACIÓN SEMESTRAL

La Revista Costarricense de Psicología es el órgano oficial de publicación científica del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica, que promueve el desarrollo de las ciencias psicológicas y el pluralismo epistemológico, teórico, metodológico y técnico. Los objetivos de la revista son difundir conocimientos teóricos, técnicos y prácticos, relevantes para la Psicología y ciencias afines en el ámbito nacional e internacional. Se dedica a la publicación de trabajos originales y abarca tanto investigaciones básicas como investigaciones aplicadas y de desarrollo experimental. La Revista Costarricense de Psicología se publica semestralmente (dos números por año). Todas las investigaciones y los trabajos publicados en la Revista Costarricense de Psicología se rigen por las normas internacionales de ética en la investigación.

REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENTS

Editorial/*Editorial*

Alfonso Villalobos Pérez..... viii

Salud y autocuidado en madres de niños con hemofilia: estudio de casos

Case Studies: Health and Self-Care in Mothers of Children with Haemophilia

Leonor Rodríguez Estrada 1

Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja

Coping Strategies: A Training Program for Red Cross Paramedics

María José Pérez Molina y Nazareth Rodríguez Chinchilla 17

Actitudes hacia comportamientos protectores y de riesgo en conductores costarricenses

Attitudes towards Protective and Risk Behaviors in Costa Rican Drivers

Marjorie Moreno Salas y David Monge López 35

Elementos mediadores de la felicidad y el bienestar subjetivo en hombres y mujeres

Mediator Elements of Happiness and Subjective Well-Being in Men and Women

Rozzana Sánchez Aragón y Roque Méndez Canales 51

Bases neurológicas de la dependencia a sustancias psicoactivas desde la mirada social

Neurological Bases of Psychoactive Substance Dependence from a Social Perspective

Flora Wille-González 77

El tránsito vehículo-peatonal desde un punto de vista psicocultural

Pedestrian-Vehicle Transit from a Psychocultural Point of View

Gilbert Ulloa Brenes 95

La presente edición de la Revista Costarricense de Psicología se cita de la siguiente manera:
Autor, A. A. & Autor, B. B. (ene-dic, 2011). Título del artículo. *Revista Costarricense de Psicología*,
30(45-46), número de páginas del artículo, p. ej.: 1-17.

EDITORIAL

Una de las grandes constantes de la Psicología, en cualquiera de sus formas, es el cambio y la expresión de este en las diversas facetas de la vida. El actual volumen de la Revista Costarricense de Psicología (RCP) se ha escrito bajo las consecuencias de esta ley.

Este año murió uno de los más grandes, insignes y galardonados psicólogos que ha tenido nuestro país: el Dr. Carlos Manuel Quirce Balma, Ph.D. Es para mí un honor poder escribir estas siguientes líneas sobre él, aunque el espacio no le hace todos los honores a su figura y a pesar de que los reconocimientos deben darse en vida y no solo de forma póstuma. El Dr. Quirce marcó una época en la Psicología experimental costarricense, desde las aulas de la Universidad de Costa Rica entrenó a múltiples generaciones de estudiantes y realizó diversos estudios publicados en medios científicos. Como producto de sus esfuerzos académicos, recibió varios doctorados honoris causa y se mantuvo como un abanderado de la seriedad académica de nuestra disciplina. Su experiencia fue un aporte y fuente de ilustración para el Consejo Editorial de esta revista durante varios años. Que descanse en paz, que no se le olvide, que se recuerden sus méritos por siempre.

Durante casi tres años, el Dr. Benicio Gutiérrez-Doña, Ph.D. fue el director y editor de esta revista. Su trayectoria se puede catalogar como una que procuró elevar a la RCP a un estado de mayor calidad académica y científica (en el sentido más amplio de esta polémica palabra). El trabajo que desarrolló el Dr. Gutiérrez-Doña demostró que la RCP es un ámbito de expresión libre y responsable del saber psicológico, pero con la claridad de que la comunicación, en este nivel, solo puede ser alcanzada bajo una madurez conceptual, una claridad metodológica, una prudencia ética y un desarrollo personal, que, de forma conjunta, permitan expresar ideas, conceptos, desarrollos, hallazgos y opiniones de acuerdo con enfoques de conocimiento claramente analizados y, ciertamente, sometidos a algún tipo de duda verificable. Por tanto, de director que recibe a director que se retira, ¡muchas gracias!, sus enseñanzas no serán olvidadas.

Existe un tercer evento de cambio, que, si bien no ocurre dentro de la RCP, es importante para la Psicología costarricense. Recientemente, el Dr. Henning Jensen Pennington, Ph.D. fue electo rector de la Universidad de Costa Rica, un cargo ganado por las cualidades intrínsecas del Dr. Jensen. El Dr. Jensen, hoy rector, es también un miembro de nuestro gremio y, solo por esta dimensión, representa un orgullo para nosotros, que alguien de nuestra ciencia ocupe tan honorable e importante cargo de la vida pública nacional. Sobre sus hombros pesa una de las mayores responsabilidades académicas de este país. ¡Felicitaciones y los mejores deseos de éxito!

Este volumen está acompañado de un suplemento especial, los resúmenes de los diversos trabajos presentados en el “VII Congreso Nacional de Psicología en Costa Rica. La psicología en tiempos de crisis: Construyendo propuestas”. Esperamos que el conocimiento vertido allí sea de utilidad y reflexión para todos y todas las colegas de nuestro país. A pesar del tiempo, sus ecos adquieren demasiada realidad y sentido en nuestra cotidianidad.

Antes de concluir una reseña sobre los artículos del presente volumen: El trabajo de Leonor Rodríguez Estrada se orienta a analizar la posible relación entre la salud de las mujeres y su rol de género, en el contexto de la enfermedad conocida como hemofilia. María José Pérez Molina y Nazareth Rodríguez Chinchilla nos presentan los resultados de una investigación que giró sobre las estrategias de afrontamiento que desarrollan los técnicos de emergencias médicas de la Cruz Roja costarricense. Marjorie Moreno Salas y David Monge López condujeron un estudio sobre las actitudes hacia comportamientos protectores y de riesgo en conductores costarricenses, sus resultados son importantes de cara a la reflexión sobre el tema en el quehacer de la psicología nacional. Rozzana Sánchez Aragón y Roque Méndez Canales (autores mexicana-estadounidense) nos comparten su estudio sobre la felicidad (como objeto de estudio psicológico) y su relación con las diferencias sexuales, una serie de variables mediadoras y el bienestar subjetivo en diversas facetas de la vida cotidiana. Flora Wille-González (artículo puertorriqueño) nos ofrece una reflexión sobre las bases neurológicas de la dependencia a sustancias psicoactivas y su interpretación desde una óptica social-comunitaria. Gilbert Ulloa Brenes reflexiona sobre la relación tránsito vehículo y peatón. Él busca una explicación epistemológica y cultural a una serie de comportamientos y significados de este binomio.

Quiero finalizar con una aclaración: algunos de los artículos que estamos publicando fueron recibidos en este año 2012, pero por diversas situaciones administrativas han quedado publicados con fecha de 2011. Esperamos que en las siguientes ediciones esta discrepancia sea subsanada.

En este Volumen 30 se incluye el Suplemento 1 de 140 páginas que corresponden al VII Congreso Nacional de Psicología, 2010, que estuvo orientado a la Psicología en Tiempos de Crisis.

Muchas gracias por su confianza en la revista.

Revista Costarricense de Psicología
San José, Costa Rica, 13 de junio, 2012
Alfonso Villalobos Pérez, Director

Salud y autocuidado en madres de niños con hemofilia: estudio de casos

Case Studies: Health and Self-Care in Mothers of Children with Haemophilia

Leonor Rodríguez Estrada

Asociación Costarricense de Hemofilia, San José, Costa Rica

Resumen

Este artículo describe los hallazgos del estudio “Intervención en autocuidado para cuidadoras primarias del *Grupo de Madres*” de la Asociación Costarricense de Hemofilia, una intervención desde la Psicología de la Salud. El estudio se realizó con $N = 8$ mujeres de la asociación entre los 21 y 56 años de edad. Tuvo un diseño pre prueba-post prueba (ABA), en el cual se hizo un diagnóstico del estado de salud con $n = 4$ mujeres anterior y posterior a la intervención. Esta consistió en ocho sesiones donde se abordaron temas como autocuidado, autoestima, técnicas de relajación, nutrición, actividad física, expresión emocional, comunicación asertiva y maternidad en hemofilia, entre otros. Uno de los hallazgos principales de esta intervención es la posible relación que existe entre la salud de las mujeres y su rol de género: la hemofilia, al ser una enfermedad hereditaria, en la mayoría de los casos conlleva una responsabilidad que se asocia con la madre como portadora del gen recesivo, lo cual se convierte en una especie de “culpa inconsciente”. La maternidad para estas mujeres demanda un grado de perfección y de exigencia muy alto, porque la hemofilia se percibe como un “fracaso propio” de ellas como mujeres y madres y parece implicar que no es posible cometer más errores. Esta exigencia conlleva un alto nivel de sacrificio personal para estas mujeres lo cual repercute en su salud y se manifiesta de diferentes maneras como carencia de redes de apoyo, con estilos de vida sedentarios, depresión y enfermedades crónicas. La enfermedad del “otro” se vuelve propia y se manifiesta como “autocastigo”.

Palabras clave: burnout, calidad de vida, psicología de la salud

Abstract

This article describes the findings of a health psychology intervention in self-care for primary caregivers from the “Mothers’ Group” of the Costa Rican Haemophilia Association. The study was carried out with $N = 8$ women between 21 and 56 years of age, and had a pre-test, post-test design (ABA). Women’s health status was measured both before and after the intervention in $n = 4$ subjects. This was an eight session intervention that dealt with topics such as self-care, self-esteem, relaxation techniques, nutrition, exercise, communication skills, and maternity in haemophilia, amongst others. One of the principal findings was the apparent relationship between women’s health status and gender. As haemophilia is a hereditary disease, in the majority of cases, it’s congenitally linked to the mother, and this turns into a kind of “unconscious guilt” for them. Maternity becomes a highly demanding experience for these women as it is perceived as a “personal failure” for them as women and mothers, and seems to imply that no more mistakes will be allowed. This means a high level of personal sacrifice for these women, which has consequences for their own health status, and is manifested in a number of ways, for example, in their lack of social support networks, depression, unhealthy lifestyles, and chronic illness. The “other’s” disease becomes their own as a means of self-punishment.

Keywords: haemophilia, self-care, maternity, burnout, quality of life, health psychology

Leonor Rodríguez Estrada, Asociación Costarricense de Hemofilia, San José, Costa Rica
Correspondencia. Dirección electrónica: lere14@yahoo.com

Las enfermedades se consideran crónicas cuando perduran por más de 12 meses, afectan la vida cotidiana y requieren diversas hospitalizaciones, cuidados en casa o cuidados médicos extensivos (Goldbeck, 2006).

La hemofilia es una enfermedad crónica, específicamente, un trastorno de la coagulación de la sangre que causa hemartrosis y sangrado prolongado espontáneo. Existen tres tipos de hemofilia: la hemofilia A, que es una deficiencia del factor VIII de coagulación; la hemofilia B, que es una deficiencia en el factor IX de coagulación y la hemofilia C, que es el déficit del factor XI. En la hemofilia A y B se corrigen la tendencia hemorrágica administrando por vía intravenosa el factor de coagulación que falta. El grado de sangrado es inversamente relacionado con el factor y puede ser leve (5-20% de factor en la sangre), moderada (1-5%) o grave (< 1%). Las hemorragias más graves son las que se producen en articulaciones, cerebro, ojo, lengua, garganta, riñones o hemorragias digestivas y genitales, entre otros.

La hemofilia es, en dos tercios de los casos, heredada por genes recesivos en la madre (portadora) y se manifiesta en los hijos masculinos. Usualmente, se presenta una historia familiar, sin embargo, los genes del factor VIII y del factor IX son susceptibles a mutaciones, por lo que hasta un tercio de los pacientes podría no tener antecedentes familiares de la enfermedad.

Los antecedentes a nivel mundial han identificado los efectos psicosociales, que las enfermedades crónicas en la infancia pueden tener sobre los padres y madres de familia.

Barlow y Ellard (2006) realizaron una revisión bibliográfica basada en la evidencia de efectos negativos en el bienestar psicosocial de niños y niñas con enfermedades crónicas y en sus padres, madres, hermanos y hermanas. Los autores identificaron, que, con las enfermedades crónicas, p. ej., el dolor y la fatiga interfieren en diversos aspectos de la vida cotidiana de las familias, y que los padres y madres experimentaron mayor ansiedad en cuanto al futuro de sus hijos e hijas. Ellos encontraron que un impacto adicional en los servicios de salud tenían los efectos relacionados con el bienestar psicosocial de los pacientes y de sus familias, p. ej., en niños y adolescentes con diabetes la depresión hacía que recurrieran más a consultar.

Goldbeck (2006) señala que existe una influencia recíproca entre la situación psicosocial, el bienestar y funcionamiento de los padres y madres y el estado de salud de sus hijos e hijas. El autor realizó un estudio cuantitativo en Alemania acerca del impacto en la calidad de vida de 51 padres y madres de familia luego del diagnóstico de una enfermedad crónica (diabetes, leucemia y epilepsia). Utilizó una escala que fue validada para enfermedades hematológicas, el Inventario de Ulm de calidad de vida para padres de niños con enfermedades crónicas (*Ulmer Lebensqualitäts-Inventar für Eltern chronisch kranker Kinder*, ULQIE, Goldbeck y Storck, 2001). El estudio identificó

que los padres y las madres invertían poco tiempo en su autodesarrollo (tiempo con la pareja, con amistades y pasatiempos), y que mostraron más restricciones en su estabilidad emocional, bienestar general y funcionamiento físico comparados con padres y madres de niños en ausencia de una enfermedad crónica. Goldbeck afirmó que las madres experimentaban un nivel de estrés mayor y más constante que los padres debido a que son, en su mayoría, las que asuman el cargo de cuidadoras primarias. Además, encontró que la cohesión y la buena comunicación intrafamiliar funcionaron como factores protectores que facilitaban la adaptación de los padres y madres al diagnóstico. Serradas (2003) afirma

Las reacciones en el momento en que se conoce el diagnóstico se manifiestan, por lo general, a través de sentimientos muy intensos de incredulidad, rabia, temor, culpa y dolor. En la mayoría de los casos, estos sentimientos se acompañan de una tendencia muy marcada al aislamiento y replegamiento de la familia sobre sí misma, cerrándose a todo apoyo que venga del exterior (p.4).

Lewin, Storch, Silverstein, Baumeister, Strawser y Gefken (2005) utilizaron tres escalas para medir el nivel de estrés parental asociado a enfermedades crónicas de sus hijos e hijas. Encontraron relaciones significativas entre estresores y ansiedad relacionados con la enfermedad y el rol de madres como cuidadoras primarias. En esta población, su estado de ansiedad tuvo una estrecha relación con la interrupción de actividades cotidianas (cuido de otros niños, obligaciones laborales o responsabilidades financieras) y no tanto así con los propios procedimientos o atenciones médicas de sus hijos o hijas.

También, identificaron dificultades en la comunicación acerca de temas relacionados con la enfermedad. Los autores encontraron que niños y niñas de madres más ansiosas mostraron mayores problemas de comportamiento y las madres con mayores niveles de ansiedad o depresión tendieron a percibir la conducta de sus hijos o hijas de forma más negativa. Asimismo, madres que puntuaron en las escalas como más ansiosas, reportaron, a la vez, a sus hijos/as como más ansiosos/as.

Rodríguez (2010) documentó e identificó en su tesis “Calidad de vida de niños con hemofilia en Costa Rica”, un estudio realizado a nivel nacional con la población de niños con hemofilia entre 6 y 12 años de edad, aspectos de la vida de las madres de niños con hemofilia y sus familias, que requieren, según la autora, de mayor atención e investigación. Ella afirma que las madres describieron diversas situaciones que les generaban preocupación y desgaste, físico y emocional. Por ejemplo, ellas consideraron que sus niños tenían niveles de dolor superiores a los reportados por los niños mismos. También, sucedió con los aspectos emocionales de los niños: las madres percibieron que sus niños habían estado más de mal humor, enfadados, tristes, agobiados e inseguros,

comparado con lo que los niños reportaron de sí mismos. Rodríguez identificó la necesidad de ofrecer alternativas para mejorar la calidad de vida de las madres de hijos con hemofilia. Desde la psicología de la salud propuso una intervención en el autocuidado a las mujeres, de proveer herramientas y promover estilos de vida más saludables para mejorar su calidad de vida y sugirió:

Información real y actualizada de cómo proceder correctamente en situaciones de crisis podría contribuir a bajar los niveles de preocupación de las madres de familia [...], abrir espacios para canalizar esta preocupación y contribuir a la salud mental y física de las madres como de las familias (p.152).

En cuanto a la psicología de la salud, Matarazzo (1980, citado en Gil, 2004) la define como

El agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la Psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas (p.815).

En los estudios discutidos, resaltaron las dificultades para aceptar los diagnósticos y pronósticos, la ansiedad hacia el futuro, estrés, *burnout*¹, depresión, inseguridad, incapacidad para cuidar adecuadamente a los hijos, el poco tiempo para su propio desarrollo personal y el cuidado de su salud y cómo esto puede afectar a otros miembros de la familia como la pareja, los hermanos y hermanas, ya que se interrumpen o dificultan los procesos de cohesión, expresión afectiva y la comunicación y que, en su totalidad, repercuten en los servicios de salud, porque suelen incrementarse sus demandas y visitas.

La crianza implica retos y dificultades para los padres y madres. Estos retos se exacerbaban cuando los hijos tienen una enfermedad crónica que altera la cotidianidad y el estilo de vida, tanto de los pacientes como de sus familias. La sociedad costarricense tiene un estilo predominantemente patriarcal, por lo que la guarda crianza de los hijos sigue siendo una tarea adjudicada a la mujer y esto tiene implicaciones importantes en sus vidas y en su estado de salud.

La salud de las mujeres es un tema que tiene particularidades específicas relacionadas con su rol en la sociedad. Johnson y Racliffe (2008) se refieren a este elemento, que aborda la psicología de la salud como disciplina, como la sensibilidad hacia las diferencias de género. Según las autoras, la salud de las mujeres, en el pasado, se determinaba a partir de investigaciones que incluían a hombres como sujetos de estudio. Por tanto, hubo un sesgo de género en cuanto a los riesgos de salud, la investigación en salud y los servicios de salud.

¹ “una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional [...] determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, despersonalización y cinismo” (Salanova Soria & Llorens Gumbau, 2008, p.59).

Bamonde Granados, Morales Vidaña y López Sánchez (2003) afirman que la salud de las mujeres está estrechamente relacionada con el estatus que ocupan en la sociedad “a pesar de que la mujer tiene una expectativa de vida más larga que el hombre, vive en desventaja en cuanto a desarrollo social y laboral se refiere” (p.78).

La vivencia de la maternidad para estas mujeres responde a una construcción social y cultural del “ser mujer” en función del “ser madre”. Según lo explica la antropóloga Marcela Lagarde (1990), el rol de las mujeres implica el “*ser-de y para-otros* que define la feminidad” (p.8), y que el cumplimiento a cabalidad de este rol implica necesariamente un sacrificio por otros. Esto hace necesario recordar que el “sacrificio” es una de las representaciones de la maternidad “las mujeres protagonizan su cuerpo y su subjetividad en torno a la maternidad” (Lagarde, 1990, p.17). Como se muestra a continuación, este sacrificio tiene repercusiones en las vidas de las mujeres, respecto al tiempo que dedican a sí mismas y al cuidado de su propia salud, el cual es poco o nulo comparado con la demanda que implica su rol como madres y cuidadoras de su hijo con hemofilia y de su familia. Palacín y Aiger (s.f.) consideran que

El tiempo que dedican al cuidado de su hijo, reduce el tiempo al autocuidado personal y no deja espacio para el tiempo libre. Si esta situación se mantiene en el tiempo, puede afectar la autoestima y autoconcepto de los padres respecto a su función de cuidadores de su hijo y de sí mismos como padres (p.17).

Esto puede ser una de las razones por las cuales en las investigaciones las madres han mostrado inseguridad en su rol: “Querer ser los padres perfectos puede llevar a ser padres vulnerables” (Palacín y Aiger, s.f., p.19).

Otro elemento relevante encontrado por las autoras tiene que ver con la situación de pareja. La enfermedad no solo implica, según ellas, preocupación a causa de la persona enferma, sino que puede generar tensiones de pareja: “La situación de estrés familiar puede llevar a afectar al vínculo de la pareja, hasta deteriorar su convivencia marital” (Palacín y Aiger, s.f. p.18).

En términos generales, la presente investigación no difiere de estudios anteriores donde ya se había identificado una relación entre el bienestar de los padres y las madres con respecto al bienestar de sus hijos e hijas con una enfermedad crónica. El presente estudio se concentra, principalmente, en comprender, cómo la psicología de la salud, desde un abordaje biopsicosocial, puede conocer más claramente el fenómeno de salud-enfermedad en una población particular y poco investigada en Costa Rica.

En Costa Rica, la Asociación Costarricense de Hemofilia, que surgió desde el año 1981, está encargada a nivel nacional de identificar y agrupar a los pacientes con hemofilia y promueve

programas educativos de capacitación y prevención en coordinación con el Centro de Hematología del Hospital México, Costa Rica. La institución reportó para el año 2008 un total de 187 pacientes con hemofilia.

El artículo se desprende, desde la psicología de la salud, de un taller de intervención en autocuidado realizada para madres de hijos con hemofilia en esta institución. De esta intervención, se extrajeron los aspectos relacionados con las vivencias de las mujeres y la relación que se pudo identificar entre su salud, prácticas de autocuidado y su rol como madres de un hijo con hemofilia.

Método

Participantes

Al taller acudieron, inicialmente, ocho madres, sin embargo, solo cuatro de ellas asistieron con regularidad, por lo que los resultados y el análisis de este trabajo se basan en ellas. El rango de edad de las cuatro madres fue entre 21 y 56 años. En el momento de la intervención, 50% de ellas habitaba en San José y 50%, en Heredia. El estado civil de ellas era 50% casadas; 25% vivían en unión libre y 25% se mantenían solteras. El nivel de escolaridad superior era secundaria completa (25%), seguida por primaria completa (50%) y primaria incompleta (25%). 50% de las madres tenía tres hijos; 25%, dos y 25%, un hijo.

Diseño

El estudio tuvo un diseño pre prueba-pos prueba con un grupo de cuatro madres de hijos con hemofilia con quienes se realizó (a) una evaluación inicial, (b) la aplicación de ocho sesiones de un taller de autocuidado y (c) una evaluación posterior. Los temas abordados en las sesiones fueron los siguientes: autocuidado, autoestima, técnicas de relajación, nutrición, actividad física, expresión emocional, comunicación asertiva y maternidad en hemofilia. El taller de intervención trascendió la fase descriptiva asociada a los padecimientos y permitió así ahondar en la construcción de la vida cotidiana de las mujeres participantes, su contexto social y familiar y, principalmente, comprender cómo la construcción y la percepción de “ser madre” influyó en su salud.

El estudio fue de tipo clínico de diseño A-B-A, que, según Poulsen, Andersen, Keiding, Schramm, Sørensen, Gisslasson, Fosbøl y Torp-Pedersen (2009) consiste en (a) una intervención clínica con un grupo o población, (b) aplicar una intervención por un tiempo limitado y (c) medir si se presentaron cambios en el curso de la enfermedad a causa de la intervención².

² “clinical intervention trials study the effect of a given treatment or intervention” (Poulsen et al. 2009, p.392)

El estudio tuvo un enfoque mixto, que se define por Hanson, Plano, Petska y Creswell (2005)³ como un conjunto o análisis de datos, tanto cuantitativos como cualitativos en un mismo estudio, que posibilita la revisión de modelos teóricos según el *feedback* que brindan los y las participantes de la intervención, y que los resultados pueden ser mejorados en base de información del contexto y del trabajo de campo.

Procedimiento

De acuerdo con lo anterior, la intervención se realizó en tres fases.

En la primera fase de diagnóstico se aplicaron cuestionarios y escalas para conocer los datos sociodemográficos, la percepción actual de su calidad de vida, el nivel de *burnout* y las acciones de autocuidado. Los instrumentos utilizados fueron (a) el *Inventario de ULM de calidad de vida para padres de niños con enfermedades crónicas*⁴ (ULQIE, Goldbeck y Storck, 2001), un cuestionario autoaplicado para la evaluación clínica rutinaria que consiste de 29 ítems y mide las dimensiones: funcionamiento físico y diario, satisfacción con la situación de familia, distrés emocional, autodesarrollo y bienestar en general, (b) la *Escala de Burnout Shirom Melamed*⁵ (Lindahl, 2007), un cuestionario de 14 ítems en formato tipo Likert de siete puntos (1 = *nunca*; 7 = *siempre*) con tres subescalas que miden fatiga física, agotamiento emocional y cansancio cognitivo, diseñado para el ámbito laboral y que se traduce en esta investigación a la “ocupación de ser madre”, (c) un cuestionario diseñado por la investigadora para conocer los datos sociodemográficos e información general (actividad física, alimentación, manejo de emociones, espiritualidad y vida en pareja) y (d) para las sesiones se utilizaron fórmulas de evaluación (de los contenidos y actividades realizadas en cada sesión).

En la segunda fase se realizó un entrenamiento en autocuidado a través de ocho sesiones de charlas y talleres. Se brindó información con especialistas en nutrición y educación física y se abordaron temas tales como el manejo emocional, manejo del estrés, autoestima, comunicación asertiva, apoyo social y vivencia de la hemofilia. Además, se realizaron actividades como sesiones de relajación, meditación, baile y danza terapia.

³ “the collection or analysis of both quantitative and qualitative data in a single study in which the data are collected concurrently or sequentially, are given a priority, and involve the integration of the data at one or more stages in the process of research (Creswell, Plano Clark, Gutmann, & Hanson, 2003, p. 212). When both quantitative and qualitative data are included in a study, researchers may enrich their results in ways that one form of data does not allow (Brewer & Hunter, 1989; Tashakkori & Teddlie, 1998). Using both forms of data, for example, allows researchers to simultaneously generalize results from a sample to a population and to gain a deeper understanding of the phenomenon of interest. It also allows researchers to test theoretical models and to modify them based on participant feedback. Results of precise, instrument-based measurements may, likewise, be augmented by contextual, field-based information (Greene & Caracelli, 1997)” (Hanson, Creswell, Plano, Petska y Creswell, 2005, p.1).

^{4, 5} Traducido de la versión en inglés (The ULM Quality of Life Inventory for Parents, adquirido de Goldbeck en comunicación personal) al español por la investigadora y traducido nuevamente al inglés por T. Campabadal (traductora oficial: Acuerdo n.º 193-DAJ, nov. 1993, Costa Rica).

En la fase final se hizo un diagnóstico posterior con los mismos instrumentos de la primera fase.

La información se analizó por medio del paquete estadístico para ciencias sociales (*Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS, versión 17). Se utilizó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos, para las escalas se midieron los promedios, desviación estándar y confiabilidad (alpha de Cronbach). A las escalas se aplicaron las siguientes pruebas: correlación de Pearson, correlación de Spearman, U de Mann-Whitney, H de Kruskal Wallis, Wilcoxon y Friedman.

La información específicamente relacionada con la vivencia de las mujeres en su rol de madres es de carácter estrictamente cualitativa, y se obtuvo a través del análisis de las sesiones de la segunda fase (taller de autocuidado), en la cual cada sesión había sido grabada y, posteriormente, transcrita. En la posterior etapa de análisis de estos datos, se tomaron las sesiones transcritas y se identificaron ejes temáticos basados en los temas de las sesiones.

Resultados

Los análisis de confiabilidad de la Escala ULQIE y la Escala de *Burnout* mostraron una consistencia interna adecuada con un alpha de Cronbach $\alpha = .75$ a $.93$ y $\alpha = .74$ a $.75$, respectivamente, por lo que ambos instrumentos resultaron fiables y consistentes para la población.

Con respecto a los problemas de salud de las madres identificados, por medio de las escalas, 25% padecía de diabetes, presión alta y fibromialgia, 25% de trastornos cardíacos y 50% no mostraron enfermedad alguna física o mental. El 25% de las madres reportó sentirse continuamente con fatiga y el 100% reportaron dolores musculares. El 25% de las madres reportaron trastornos del sueño y cambios en la respuesta sexual.

Los hábitos alimenticios de las madres resultaron ser no óptimos, pues reportaron no tener una dieta balanceada y de realizar escasa actividad física. En cuanto al reporte de tiempo para sí mismas, los resultados mostraron que todas dedicaron *poco* de su tiempo libre a actividades recreativas y tiempo de ocio. Tres de las madres reportaron *a veces* poder atender sus propios deseos y necesidades, dos tuvieron *raramente* tiempo libre para sí mismas y dos dijeron contar *siempre* con suficiente tiempo para su pareja.

Con respecto a la salud emocional, una de ellas reportó sentirse *siempre* enojada y de no manifestar su ira o depresión. Todas reportaron consumir *ningún* tipo de alcohol, fármaco o drogas. Las escalas mostraron que la vida no había perdido significado para ellas y la vida espiritual de todas no mostraba ningún cambio recientemente. A nivel cognitivo, una madre reportó problemas de concentración y dos consideraron que su pensamiento era lento.

Específicamente, relacionado con la vivencia de estas mujeres como madres, ellas mostraron un nivel de satisfacción *alto* con respecto a su desempeño. El 75% de las madres dijo *sentirse frustrada* en su ocupación (como madre y cuidadora). El 75% manifestaron *no desear cambiar* de ocupación, 25% de ellas *sí*. Todas manifestaron *no estar sobrecargadas* de ocupaciones y consideraron que su trabajo *valía la pena*. La hemofilia *nunca* implicó una carga emocional para 50% de las madres, para 25% lo fue *a veces*. El 75% de las madres reportaron sentir *raras veces* mucha presión debido a las necesidades especiales de su/s hijo/s. Las madres asociaron sus dificultades, en general, con su situación socioeconómica, problemas de salud, “no dar lo mejor de sí” y el cuidado “adecuado” de sus hijos.

Con respecto a las expectativas y demandas que las propias madres se plantearon fueron importantes: sentirse preocupadas por su desempeño como madres, y les preocupó “no dar lo mejor de sí”. El 50% de ellas reportaron sentirse frustradas en su ocupación como madre, a pesar de eso, valoraron su trabajo y no deseaban cambiar de ocupación.

Debido a la pérdida de participantes en el grupo y a pesar de utilizar pruebas no paramétricas, el análisis estadístico no mostró diferencias significativas entre las mediciones anteriores y posteriores a la intervención. Sin embargo, la aplicación de los instrumentos fue importante para poder identificar a un nivel descriptivo el estado de salud y los problemas de salud que reportaron las madres de hijos con hemofilia.

El eje principal del estudio consistió en la vivencia de ellas como madres con un hijo con hemofilia y los mandatos sociales, por lo que el aspecto cualitativo del presente estudio está constituido por la información sobre sus vivencias como madres que reportaron en las sesiones del taller y en la intervención. Uno de los temas recurrentes en las sesiones fueron las experiencias de las mujeres en su vivencia como madres, por tanto, este se identificó como un eje temático relevante que afecta su salud, física y psicológica. Este tema no fue un eje inicial de la investigación sino un hallazgo.

Es necesario resaltar que fueron ellas mismas quienes identificaron a lo largo del desarrollo del taller una relación entre la experiencia de tener un hijo con hemofilia y sus vivencias como mujeres, esposas y madres. Las implicaciones que esto tiene a nivel emocional y su estado de salud se describen a continuación:

La fase de diagnóstico de la enfermedad era una experiencia que demandó una especial carga emocional y psicológica para las madres, lo cual es congruente con investigaciones anteriores. Las madres utilizaron diversas formas para describir su vivencia alrededor de la hemofilia: por un lado, implicó para ellas “sufrimiento”, “dificultad”, “malos momentos”, “dolor”, “tristeza” y “desgracia” hasta llegar a desear “que no existan madres de niños con hemofilia”, por otro lado,

consideraron que la hemofilia “a pesar de” es también una serie de elementos positivos: “cosas bonitas”, “felicidad” y poder “seguir adelante”. Ellas describieron que su fe en Dios les permitió asimilar la enfermedad como mandato divino: “Dios me los dio y los amo” y que Dios “no manda algo” que no tengan la posibilidad de enfrentar.

Según sus relatos, “ser madre” implicaba dificultades, pero tener un hijo, o varios, con hemofilia exigió una demanda de tiempo importante y una dedicación casi exclusiva a las labores del hogar y de la crianza. Además, algunas de las madres reportaron que no cumplieron con las condiciones sociales, económicas y sanitarias para recibir tratamiento en su casa, por lo que tienen que acudir al hospital para los tratamientos. En el caso de una de las madres, ella reportó que tiene que ir al hospital “todos los días, inclusive los fines de semana”, porque su hijo requiere que “le apliquen factor todos los días”.

Otra de las preocupaciones de las madres era que no deseaban ser sobreprotectoras, sin embargo, manifestaron que recurrían a cualquier medida para evitar un daño o lesión a sus hijos. Ellas reportaron que el límite entre protección y sobreprotección les resultó confuso y difuso: una madre manifestó que se podría considerar una medida exagerada colocarle zapatos tenis a un niño en la playa, sin embargo, enfatizó que una herida con algún objeto en la arena podía convertirse en una amenaza para la vida de su hijo, sobre todo, al encontrarse lejos de un centro de salud. Para ellas, el límite entre protección y sobreprotección fue difícil de determinar, dadas las circunstancias de que existe siempre una posible amenaza a la vida de sus hijos. Ellas manifestaron que, a pesar de que la hemofilia, actualmente, se clasifica como una enfermedad crónica con una expectativa de vida similar a la de una persona saludable, se les presentan constantes crisis o situaciones especiales que constituyen un potencial riesgo a la vida de sus hijos por algún golpe, lesión o por un sangrado espontáneo.

Además, su rol de madres y cuidadoras implicó para ellas la postergación de sus propias necesidades y deseos. Las madres manifestaron, por ejemplo, que querían asistir a las sesiones diseñadas para su autocuidado, pero, debido a las necesidades y demandas de sus familias, esto, a menudo, no resultó posible. En una ocasión, una de las madres no pudo asistir a la sesión, porque su hijo tenía un tobillo hinchado y expresó que temía que el niño iba a empeorar si no lo cuidaba personalmente y aseguró que “nadie lo cuida como yo”.

Otro aspecto en relación con la postergación de sus propias necesidades incluyó aspectos emocionales, que reflejaban que no hubo posibilidad o espacios para la expresión de sus emociones y sentimientos. Les pareció que sus espacios de expresión eran reducidos y manifestaron que los espacios de expresión emocional, sobre todo, se dieron en solitario: una madre contó que lloraba “a escondidas”, porque su familia necesitara de ella como “apoyo y fortaleza”.

En cuanto a la comunicación, se identificaron aspectos en relación con las demandas sociales para el género femenino: las mujeres manifestaron sentirse incomprendidas y que no pudieran solicitar explícitamente lo que querían o necesitaban. Posterior a la intervención, dijeron invertir menos tiempo en reuniones con amistades, y al contrario, sentir más apoyo mutuo en sus familias y consideraron que la comunicación en sus familias había mejorado con los aprendizajes obtenidos en el taller con respecto al derecho de las mujeres de expresarse.

Discusión

La fase diagnóstica reveló que las madres de hijos con hemofilia presentan diversos problemas de salud y factores de riesgo que las predisponen a enfermarse, y las convirtió en una población vulnerable y necesitada de atención en salud.

En la investigación resaltó un punto clave: para tener un hijo con hemofilia hereditaria, debe haber una madre “portadora”, quien, sabiéndolo o no, finalmente tiene a su hijo. Algunas madres sí tenían familiares en generaciones cercanas con la enfermedad; otras simplemente no. Sin embargo, tanto las madres que conocían la probabilidad de herencia, como las que no, tener un hijo con hemofilia resultó conllevar a una responsabilidad asociada directamente con ellas mismas como madres portadoras. Sin embargo, nunca llegar a “sufrir” la enfermedad hasta cierto punto, inclusive, se convirtió para ellas en una “culpa inconsciente” por un “error”, no intencional, genéticamente definido.

La vivencia de la maternidad para mujeres con hijos con hemofilia responde a una construcción social y cultural del “ser mujer” en función del “ser madre”. El grupo de mujeres del presente estudio compartió algunas características similares, pero la más obvia fue “ser madre” de niños con hemofilia, una enfermedad crónica hereditaria, y este último concepto de heredad resultó ser muy importante en la construcción de su maternidad o su percepción de ser madre.

Retomando el concepto de maternidad como una construcción social y cultural, según lo afirma Sanhueza Morales (2005), “la maternidad es aquella construcción desde la cual -principalmente- se ha simbolizado al ser femenino” (p.163), en la sociedad costarricense podría considerarse “normal” que una mujer tenga a cargo el cuidado de los demás, y de no tomar mucho en cuenta su cuidado personal, sin embargo, la sobrecarga, el estrés y el *burnout* asociados a un hijo con una enfermedad crónica, ponen en riesgo la salud mental, física y emocional de las madres y se evidenció que algunas de las participantes reportaron sentirse cansadas, agobiadas, desgastadas y sobrecargadas. El mandato de cuidado de otros, en ocasiones, llevó a las madres de preocuparse de su propio estado de salud, únicamente, por ser las encargadas de cuidar a sus hijos y su familia: “Usted se imagina si yo me pongo mal, quién lleva mis hijos al hospital”. La investigación evidenció que su autocuidado

no nació desde su convicción personal, sino que fue moderado por la implicación de la entrega y el sacrificio hacia un “otro”.

De la misma manera, la maternidad, para ellas, demanda un grado de perfección y de exigencia muy alto, en donde la hemofilia se percibe como un “fracaso propio” como mujer y madre, y por lo que no parece ser posible cometer más errores. Ellas perciben que los hijos, que tienen hemofilia, deben ser extremadamente exitosos en otros ámbitos de su vida, como estudiantes, como hijos, como personas, como miembros de la sociedad.

Y, como se pudo evidenciar, ellas perciben que esta expectativa de éxito en la crianza solo va a suceder si ellas asumen la supervisión total de todos los aspectos de la vida de sus hijos, sin importar si esto implica el sacrificio de ellas como mujeres y madres y de sus propios proyectos de vida.

A pesar de que el diagnóstico de la enfermedad genera un impacto sumamente fuerte en las madres, la investigación muestra que se da un proceso donde ellas “asumen” la enfermedad y esta se convierte en parte de sus vidas cotidianas: a pesar de que hay una evolución determinada según la etapa de desarrollo que atraviesan los pacientes, las madres invierten, p.ej., más tiempo en la salud de sus hijos en cuanto estos sean más pequeños, debido a responsabilidades como llevarlos al hospital, recoger el tratamiento o asistir a citas, y una menor inversión de tiempo mientras dejan de acompañar a sus hijos más adultos en estos procesos porque ellos lo asumen y eso les permite tener una mayor disponibilidad de su tiempo, sin embargo, independientemente de la edad que alcancen los hijos, la visión de su maternidad permanece en las mujeres y se convierte para ellas en la manera de “expiar la culpa”. Expiar la culpa sigue siendo un mandato asumido por ellas de alguna manera “inherente” a su condición de madres de hijos con hemofilia.

En cuanto a las necesidades emocionales y de comunicación, estas mujeres, como ellas mismas lo describen, encontraron energías y recursos en medio de la adversidad para sentirse satisfechas y felices con sus vidas y sus familias. Pero, en el fondo lucharon en silencio contra cansancio, fatiga, estrés, sobrecarga de trabajo y serias dificultades socioeconómicas. Sus vivencias reflejaron espacios restringidos para expresar lo que piensan y sienten, y para desarrollar sus habilidades y capacidades.

El estudio, aunque no era su objetivo inicial, permitió identificar una posible relación entre la vivencia de la maternidad que tienen estas mujeres y su estado de salud. El rol de madre, como mencioné anteriormente, demanda un sacrificio de su propio plan de vida. Como se pudo notar, estas mujeres dedican su tiempo al cuidado de su hijo con hemofilia al postergar sus necesidades y deseos y dedicar la mayoría de su tiempo al cumplimiento de las demandas que implica la enfermedad, como

asistir a citas o evitar y atender posibles accidentes o emergencias. Este tiempo invertido significa, también, poco contacto con otras fuentes de posible apoyo social, como amigos y familiares, y afecta las relaciones de pareja de las ellas, como menciona Sanhueza Morales (2005), “es el *amor* en máxima expresión, es el sacrificio a petición divina, es la anulación y la pérdida del proyecto individual” (p.157).

Por último, la investigación permite demostrar hasta qué punto la presencia de una enfermedad crónica en sus hijos se traduce en su propio enfermar. Parece darse una simbiosis donde la enfermedad del “otro” se vuelve propia. Cuando el hijo tiene crisis sangrados o accidentes, estos son las crisis sangrados o accidentes de las madres. Aparenta que descuidar de su salud, “enfermarse ellas” se vuelve el medio para aliviar la culpa. El expiar la culpa, por medio de enfermarse ellas mismas, se encuentra asociado con la carencia de redes de apoyo y la falta de información sobre la enfermedad que tienen personas cercanas a sus hijos, pues ellas asumen la responsabilidad de cuidado como propia. Se sacrifican ellas mismas, abandonan su propia salud, consiguen, hasta más fácilmente, enfermarse ellas mismas. Sus procesos de falta de autocuidado y salud se encuentra asociado a la lógica de que una madre sana puede y debe tener un hijo sano, y que una madre enferma puede o debe tener un hijo enfermo. El no cuidarse ellas mismas, eventualmente, las llevará exitosamente a enfermarse que es otra manera de “autocastigarse” o de expiar la culpa.

La intervención partió del principio de que el autocuidado resulta fundamental y que cada persona es responsable de su propio bienestar y su propia salud y ello posibilita la multiplicación del bienestar en otros miembros de la familia. En la intervención se evidenció que el descuido personal permite no dar lo mejor de sí mismas. Posterior a la intervención, las mujeres reconocieron sus limitaciones a nivel físico, emocional, cognitivo, espiritual y psicológico, y que esto realmente se asocia con el incumplimiento de la consigna inconsciente de “perfección”; al no cuidar de sí mismas, no estaban cuidando adecuadamente de los demás a su cargo y no lo iban a lograr por mucho tiempo más.

El estudio no permite afirmar que haya una relación lineal entre el autocuidado en las madres y la enfermedad crónica en sus hijos, pero sí, llama la atención sobre una población a la que, socialmente, se le demanda mucho y que no se encuentra en un estado de salud óptimo para poder cumplir adecuadamente con esas demandas. Claramente, las madres de hijos con hemofilia sufren de vulnerabilidad en su estado de salud, físico y psicológico, pues no tienen o creen no tener derecho a su autocuidado y, además, no mostraron tener la capacitación adecuada o el conocimiento para saber cómo lograrlo. A estas madres no les enseñan autocuidado, les enseñan a cuidar de los demás.

Esta posible relación merece ser sometida a futuras investigaciones y mayor profundización en el tema. El estudio muestra, que se debe motivar la capacitación de personal de salud en el tema de la hemofilia y las demandas que la enfermedad implica para las madres, porque tienen sus propias demandas como madres y mujeres en una sociedad que espera su dedicación y sacrificio. Las intervenciones para las madres, por tanto, necesitan la inclusión de aspectos relacionados con el empoderamiento de las mujeres.

Madre, salud femenina y hemofilia... tres conceptos íntimamente ligados, sacrificadamente vivenciados.

Referencias

- Bamonde Granados, M. G., Morales Vidaña, H. & López Sánchez, G. A. (2003). Nivel de aplicación de las acciones de autocuidado de la salud por personal de una unidad médica. *Rev Enferm IMSS*, 11(2), 77-81.
- Barlow, J. H. & Ellard, D. R. (enero, 2006). The psychosocial well-being of children with chronic disease: an overview of the research evidence base. *Child: Care, Health & Development*, 32(1), 19-31. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00591.x
- Brewer, J. & Hunter, A. (1989). *Multimethod Research: A Synthesis of Styles*. Newbury Park, CA: Sage.
- Creswell, J. W., Plano Clark, V. L., Gutmann, M. L. & Hanson, W. E. (2003). Advanced mixed methods research designs. En A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research* (pp. 209-240). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gil, R. (2004). *Psicología de la salud: aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid, España: Pirámide.
- Goldbeck, L. y Storck, M. (2001). Das Ulmer Lebensqualitäts-Inventar für Eltern chronisch kranker Kinder (ULQIE): Entwicklung und psychometrische Eigenschaften. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(1), 31-39. doi: 10.1026//1616-3443.31.1.31
- Goldbeck, L. (septiembre, 2006). The impact of newly diagnosed paediatric conditions on parental quality of life. *Quality of Life Research*, 15(7), 1121-1131.
- Greene, J. C. & Caracelli, V. J. (1997). *Advances in Mixed-method Evaluation: The Challenges and Benefits of Integrating Diverse Paradigms*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hanson, W. E., Creswell, J. W., Clark, V. L., Petska, K. S. & Creswell, J. D. (abril, 2005). Mixed methods research designs in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*. 52(2), 224-235. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.224
- Johnson, N. G. y Radcliffe, A. M. (diciembre, 2008). The increasing role of psychology health research and interventions and a vision for the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(6), 652-657. doi: 10.1037/0735-7028.39.6.652
- Lagarde, M. (1990). *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.

- Lewin, A. B., Storch, E. A., Silverstein, J. H., Baumeister, A. L., Strawser, M. S. & Gefken, G. R. (2005). Validation of the pediatric inventory for parents in mothers of children with type 1 diabetes: an examination of parenting stress, anxiety, and childhood psychopathology. *Families, Systems, & Health*, 23(1), 56-65. doi: 10.1037/1091-7527.23.1.56
- Lindahl Norberg, A. (2007). Burnout in mothers and fathers of children surviving brain tumour. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(2), 130-137. doi: 10.1007/s10880-007-9063-x
- Palacín, M. y Aiger, M. (s.f.). *¿Cómo afronta la enfermedad la familia? La pareja, los hijos, los hermanos y los cuidadores principales*. España: Federació Catalana De Malalties Poc Freqüents (FCMPF).
- Poulsen, H. E., Andersen, T. J. T., Keiding N., Schramm, T. K., Sørensen R., Gislason G., Fosbøl E. L., y Torp-Pedersen, C. (abril, 2009). Why epidemiological and clinical intervention studies often give different or diverging results? *International Union of Biochemistry and Molecular Biology, Life*, 61(4), 391-393. doi: 10.1002/iub.141
- Rodríguez, L. (2010). *Calidad de vida de niños con hemofilia en Costa Rica*. (Tesis de Licenciatura en Psicología inédita). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Salanova Soria, M., & Llorens Gumbau, S. (enero, 2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos, España*, 29(1), 59-67.
- Serradas, M. (set., 2003). La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: un aspecto más en la intervención sociofamiliar. *Revista de Pedagogía [online]*, 24(71), 447-468.
- Sanhueza Morales, T. (2005). Prácticas y significancias en la maternidad, transformaciones en identidad de género en América Latina. *Revista de Estudios de Género - La Ventana, Universidad de Guadalajara*. 22, 146-188. Recuperado de: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=88402208>>.
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (1998). *Mixed Methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks: Sage. Recuperado de <<http://books.google.co.cr/books>>

Recibido 07 de febrero de 2011
Revisión recibida 21 de febrero de 2012
Aceptado 19 de marzo de 2012

Reseña de la autora

Leonor Rodríguez Estrada tiene una maestría en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Costa Rica, ha trabajado como psicóloga voluntaria en la Asociación Costarricense de Hemofilia y tiene su práctica clínica privada en San José, Costa Rica.

Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja

Coping Strategies: A Training Program for Red Cross Paramedics

María José Pérez Molina y Nazareth Rodríguez Chinchilla

Universidad Católica de Costa Rica

Resumen

La presente investigación se basa en el diagnóstico sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por un grupo de once técnicos en emergencias médicas (TEM) de la Cruz Roja Costarricense. Se hizo un análisis integrativo por medio de la triangulación de datos obtenidos en entrevistas y observaciones realizadas durante y posterior a las emergencias tomando como categorías de estudio las *situaciones de emergencia* y las *estrategias de afrontamiento*. Los datos se codificaron y categorizaron mediante el programa de análisis cualitativo Atlas.ti 5.0. Desde el enfoque teórico de la crisis, los hallazgos del diagnóstico mostraron afectadas todas las áreas conductuales, afectivas, somáticas, interpersonales y cognoscitivas, así como el área espiritual. Los factores desencadenantes del estrés en los TEM remitieron más a aspectos contextuales que rodearon a las situaciones atendidas, que a las mismas situaciones de emergencia. Las estrategias de afrontamiento, a pesar de ser funcionales, no resultaron ser las más saludables. Con base en los resultados, se elaboró y aplicó un programa de intervención psicológico para la promoción y puesta en práctica de nuevas estrategias de afrontamiento y una adecuada translaboración de pensamientos, emociones y conductas. La investigación muestra la necesidad de potenciar la salud de manera integral de la población a través de las áreas de autocuidado, habilidades sociales, expresión de sentimientos y manejo del estrés, además hace necesario superar, a nivel institucional, la falta de comunicación y conocimiento entre los TEM y la Unidad de Soporte Psicológico.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, técnicos de emergencias médicas, programa de intervención, situaciones de emergencia, estrés

Abstract

The present study is based on a diagnosis of coping strategies used by a group of eleven emergency medical technicians (EMT) of the Costa Rican Red Cross. An integrated analysis was done by triangulation of data obtained in interviews and field observations made during and following emergencies, using *emergency situations* and *coping strategies* as categories for study. Data were encoded and categorized by the qualitative research program Atlas.ti.5.0. From the theoretical approach of crisis intervention, the diagnosis showed all behavioral, affective, somatic, interpersonal and cognitive areas as having been affected, as well as spiritual aspects. Factors identified as triggering stress in the EMTs related to contextual issues surrounding the emergency situations rather than to the situations themselves. Coping strategies, despite being functional, were not the healthiest. Based on the results, a psychological intervention program was developed and implemented which consisted of promoting and practicing new coping strategies and more suitable

María José Pérez Molina y Nazareth Rodríguez Chinchilla, Escuela de Psicología, Universidad Católica de Costa Rica.

Dirigir la correspondencia en relación con este artículo a María José Pérez Molina, dirección electrónica: mariajoxe21@gmail.com o a Nazareth Rodríguez Chinchilla, dirección electrónica: nazrod85@gmail.com

reworking of thoughts, emotions, and behaviors. The research revealed the need to promote the health of this population in an integral way by improving the following areas: self-care, social skills, expression of feelings, and stress management, in addition to overcoming, at an institutional level, the lack of communication and knowledge between EMTs and the Psychological Support Unit.

Keywords: coping strategies, emergency medical technicians, intervention program, emergencies, stress

Desde la perspectiva de la psicología cognitiva-conductual, Lazarus y Folkman (1986) definieron el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.140).

Los autores clasificaron las estrategias de afrontamiento de dos formas complementarias: una es la dirigida al problema, orientada a su modificación y al cambio de la situación hacia otra que no suponga amenazar al sujeto y la segunda es dirigida a la emoción e incluye reducir la respuesta emocional negativa a una situación estresante, que puede ser percibida como amenaza o estancamiento, o bien, como oportunidad y aprender a salir adelante.

Dependiendo de esta valoración, el sujeto es capaz de aceptar la realidad de la situación e identifica si tiene los recursos idóneos para hacerle frente y salir adelante. Lazarus y Folkman establecen que la forma en que la persona afronte la situación depende, principalmente, de los recursos de las cuales disponga para enfrentar las distintas demandas de la vida. Estos recursos pueden ser propiedades del individuo o ambientales.

Una población que requiere adecuadas estrategias de afrontamiento es la de los paramédicos, específicamente, los técnicos de la Cruz Roja, encargados de atender las emergencias médicas. Las emergencias constituyen una fuente importante de estrés porque demandan acciones determinantes, cuyos resultados se pretende que sean eficaces y pronto, pues los paramédicos tienen a su cargo el salvaguardar la vida de aquellos que necesiten de su atención médica.

Entre los antecedentes a nivel internacional, aplicables con la temática de estrategias de afrontamiento, dirigidas a la población de paramédicos de la Cruz Roja, Fouce (2003) investigó acerca de la intervención psicosocial en los cooperantes de emergencias de ayuda humanitaria y encontró que el impacto, directo o indirecto, de los eventos de emergencia sobre el personal tiende a ser obviado por el estereotipo de que los intervinientes sean fuertes y dotados de recursos en oposición a los supervivientes, quienes, por su parte, son considerados como desvalidos y sin recursos y que esta percepción errónea de los intervinientes, por ende, dificulta su atención emocional. Por ello, el autor propone la importancia de la intervención psicosocial mediante la

solución de problemas, la asertividad y las técnicas de relajación, de re-estructuración cognitiva y de inoculación del estrés, así como la sociabilidad, y que estas intervenciones conllevan a la mejora de sus intervenciones prehospitalarias y promueven la práctica ético-moral correspondiente a su quehacer.

A nivel nacional, Vargas (1995) investigó el estrés que experimenta el personal de socorro de la Cruz Roja Costarricense en caso de desastres y encontró que la principal causa de estrés es el cansancio, físico y mental, producto de la larga jornada de trabajo ininterrumpida, la identificación con personas lesionadas que conlleva a una sobrecarga emotiva y la responsabilidad de tener en sus manos vidas humanas.

Chacón y Rojas (1997) estudiaron las reacciones emocionales de grupos de socorro de la Unidad Metropolitana de Servicios de Emergencia y Rescate y la Unidad de Rescate de Bomberos de Costa Rica. Los autores identificaron que la manifestación de sentimientos fue visto por los socorristas como signo de debilidad y que debería censurarse por ellos mismos y por otros. Además, los autores constataron la falta de espacios para un entrenamiento en el manejo de emociones de forma sana. Bajo esta línea investigativa se encuentra Monge (2005), quién diseñó y validó un módulo de primeros auxilios psicológicos para capacitar a cruzrojistas costarricenses en brindar atención psicológica primaria a personas en crisis. La autora recalcó la ausencia de herramientas en la capacitación en primeros auxilios psicológicos a esta población, la falta de conocimiento al tema, y a la vez, destacó una gran apertura de los cruzrojistas al taller, sus contenidos, anuencia y capacidad de poder brindar primeros auxilios psicológicos.

Crisis

En las crisis, según Slaikeu (1996), siempre hay un factor desencadenante que rompe con el estado de equilibrio de la persona, la familia, el grupo social o la comunidad. Según él, la tensión y el estrés, a los cuales pueden reaccionarse de distintas maneras, aparecen según el tipo de acontecimiento, las características de las personas y las experiencias anteriores. Slaikeu establece que

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (p.16).

Las situaciones de emergencia, atendidas por los TEM, se definen por Slaikeu tanto en su impacto como en crisis circunstanciales o situacionales. Debido a su contenido traumático, estos generan altos niveles de estrés, afectan el bienestar biopsicosocial y la salud integral de los TEM y

requiere estrategias de afrontamiento funcionales. El autor propone un modelo de intervención en crisis que evalúa a la persona como un sistema, en el cual entran en juego variables cognoscitivas, de comportamiento, afectivas, interpersonales y del funcionamiento físico, en general, que él denomina CASIC (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo). La evaluación a los niveles del CASIC permite establecer un perfil de funcionamiento de la persona en estas áreas y tiene por objetivo hacer una valoración de su estado en el momento o posterior a la crisis.

Estrés

Las crisis pueden generar diferentes niveles de estrés. A continuación, se exponen diferentes teorías del estrés que se relacionan entre sí y que toman en cuenta la concordancia existente entre el ambiente y sus exigencias y el desequilibrio que producen las demandas y recursos del individuo, que pueden dificultar la búsqueda de medios adecuados para su adaptación.

Estrés como respuesta

Selye (citado en Guerrero, Ramírez y Soto, 2008) lo describe como un patrón de reacciones fisiológicas y psicológicas con el cual el individuo responde de forma inespecífica a distintos estresores.

Estrés transaccional

Lazarus y Folkman (1986) encontraron que el estrés no puede buscarse de manera aislada en el ambiente ni en el individuo, sino que es una relación entre ambos. Los autores enfatizan el papel activo de la persona en su respuesta ante las demandas ambientales y en su forma de seleccionar y determinar el entorno.

Estrés asistencial (burnout)

Para Ponce Díaz, Bulnes Bedón, Aliaga Tovar, Atalaya Pisco y Huertas Rosales (2005), *burnout* es el desequilibrio de las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario que puede generar desmotivación, desinterés, malestar interno e insatisfacción laboral.

Estrés postraumático

Sosa y Capafóns (2005) lo consideran como una reacción normal ante la experiencia de sucesos extremadamente estresantes o de naturaleza traumática, caracterizada, entre otros aspectos, por sentimientos de terror, sensación de profunda vulnerabilidad e indefensión, miedo a resultar seriamente dañado y miedo a perder la vida. Las autoras establecen que, en ocasiones, pueden presentarse remordimientos o sentimientos de culpa por lo que durante el evento pudo haberse hecho y no se hizo o, simplemente, por la forma en que se reaccionó.

Estrategias de afrontamiento

Según Lazarus y Folkman (1984), las estrategias de afrontamiento constituyen herramientas o recursos que el sujeto desarrolla para hacer frente a demandas específicas, externas o internas. Estos recursos pueden ser positivos al permitirles afrontar las demandas de forma adecuada, o negativos, y perjudicar su bienestar biopsicosocial. Londoño et al. (2006) desarrollaron en Colombia la Escala de Estrategias de *Coping*-Modificada (EEC-M) que incluye catorce estrategias de afrontamiento: (a) búsqueda de alternativas, (b) conformismo, (c) control emocional, (d) evitación emocional, (e) evitación comportamental, (f) evitación cognitiva, (g) reacción agresiva, (h) expresión emocional abierta, (i) reevaluación positiva, (j) búsqueda de apoyo social, (k) búsqueda de apoyo profesional, (l) religión, (m) refrenar el afrontamiento y (n) la presente investigación consiste en la elaboración de un diagnóstico para identificar las estrategias de afrontamiento (positivas o negativas) de los TEM utilizados posterior a las emergencias atendidas, seguido por el diseño y aplicación de un programa que responda a las necesidades encontradas en la fase diagnóstica, con el fin de cooperar con la promoción y el mantenimiento de una adecuada salud biopsicosocial y que esto se traduzca en una mejor atención para la sociedad que demanda sus servicios. Los paramédicos laboran de forma permanente en los comités, son los más especializados para llevar a cabo procedimientos médicos complejos, además de ser quienes tienen mayor injerencia al tomar decisiones durante las situaciones de emergencia y de trauma en el ambiente prehospitalario.

Método

La investigación es de enfoque cualitativo y de tipo fenomenológico. Tiene por fin conocer y estudiar la realidad del quehacer de los TEM de la Cruz Roja Costarricense a partir de su propia experiencia y participación. La elaboración del programa siguió cuatro fases: (a) la recolección de información, (b) el análisis integrativo de entrevistas y observaciones, (c) el diseño del programa de intervención, y (d) la aplicación y evaluación de una sesión integrativa.

Población

En el estudio participaron un total de 11 TEM de la Cruz Roja Costarricense: ocho del Comité Metropolitano de Servicios de Emergencia y Rescate (COMSER) y tres del Comité Auxiliar en San Antonio de Belén, Heredia, contando con una mujer por cada grupo. La mayor parte de la atención de emergencias prehospitalarias es brindada por esta institución y ambos comités respondieron positivamente a la solicitud de las investigadoras, que solicitaron su participación como sujetos de investigación para la fase diagnóstica de un programa de entrenamiento con el propósito de conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas, por medio de entrevistas y observaciones y su aplicación, eventualmente desarrollado mediante una sesión integrativa del programa.

Procedimiento

En la primera fase se contactaron las autoridades de la Cruz Roja Costarricense y se realizó la búsqueda de material bibliográfico. Durante la atención de las situaciones de emergencia (SE), las investigadoras se insertaron al campo mediante la observación participativa. Posterior a las SE, los TEM fueron entrevistados, se tomaron sus datos personales más relevantes y el motivo de su elección profesional. Con base en las entrevistas y la observación de campo, se elaboró el diagnóstico para conocer las estrategias de afrontamiento (positivas o negativas).

El impacto de la crisis se evaluó en las cinco áreas de funcionamiento del CASIC de manera global y se incluyó el aspecto espiritual, que se valoró por separado como otra área que forma parte de la integralidad de la persona.

Nuestra hipótesis fue que las áreas se interrelacionan de manera directa y que los cambios en un área conduce al cambio en otra. Además, es necesario valorar tanto las debilidades como las fortalezas en el funcionamiento del CASIC en el momento posterior a la crisis, con el fin de identificar las primeras y además seguir potencializando la puesta en práctica de las segundas.

A continuación, se analizaron las estrategias de afrontamiento empleadas por los TEM al aplicarles la Escala de Estrategias de *Coping*-Modificada (EEC-M, Londoño et al., 2006). De la

escala se unieron para un mejor análisis y síntesis las dos estrategias *control* y *evitación emocional* en una sola: *Control o evitación emocional*. Además, se sustituyó la estrategia *Religión* por la de *Espiritualidad*, puesto que esta es el área que es de nuestro interés evaluar y porque consideramos engloba de manera más adecuada la parte esencial del ser humano visto como sujeto integral y también juega un papel importante en esta población que trabaja constantemente dentro de un contexto en el que el dolor humano y el sentido de la vida y de la muerte son factores relevantes.

En la segunda fase se realizó una triangulación de los datos de las entrevistas y de las observaciones con el fin de estudiar y entender el fenómeno. Con base en los resultados de la triangulación, se integraron y contrastaron los datos con las perspectivas teóricas. Se analizaron las dos categorías *situaciones de emergencia* y *estrategias de afrontamiento* con sus subcategorías (formas y estrategias de afrontamiento y las 12 estrategias de afrontamiento obtenidas y modificadas de la Escala de Estrategias de Coping-Modificada); posteriormente, se codificaron y categorizaron los datos recabados por la entrevista mediante el programa Atlas-ti, 5.0 (*The Qualitative Data Analysis & Research Software, Scientific Software Development, 2004*), un programa informático que codifica datos cualitativos a nivel textual y que agiliza la interpretación de los datos.

En la tercera fase, se diseñó el programa *¿Quién nos ayuda a nosotros?*, que consiste en la apertura de un espacio para translaborar los efectos biopsicosociales y espirituales generados por las SE, con el fin de enseñar estrategias de afrontamiento saludables. Sin embargo, debido al factor tiempo de los técnicos, se aplicó una sola sesión integrativa del programa.

Instrumentos

Las fases se cumplieron mediante la implementación de los siguientes instrumentos:

Entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada se dividió en dos partes: la primera constó de veinte preguntas que abarcaron la categoría *situaciones de emergencia* y sus correspondientes subcategorías y corresponde a (a) la percepción de los TEM sobre su labor en el momento que atienden las situaciones de emergencia (p.ej.: *¿Cuáles aspectos de su labor como TEM considera usted son gratificantes?*), (b) el impacto de las situaciones de emergencia a nivel del CASIC, (c) los factores desencadenantes del estrés, (d) los tipos de estrés que experimentaron los paramédicos (p. ej.: *¿Han afectado de alguna manera sus demandas laborales en sus relaciones interpersonales y familiares?*) y (e) el tipo de estrés que percibe la población durante la situación de emergencia (p. ej.: *¿Cuál es el momento que le genera mayores niveles de estrés?*).

La segunda parte de la entrevista fue compuesta por veintiún preguntas y evaluó las estrategias y los recursos de afrontamiento utilizados por los TEM y su eficacia basados en la Escala de Estrategias de *Coping*-Modificada (EEC-M, Londoño et al., 2006). Para la presente investigación, se incluyeron las siguientes doce estrategias de afrontamiento:

1. *Búsqueda de alternativas*: es la secuencia de acciones orientadas a solucionar un problema al tener en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo.
2. *Conformismo*: estrategia cognitiva que busca tolerar el estrés, resignándose con la situación.
3. *Control o evitación emocional*: estrategia cognitivo conductual que busca, o tolerar la situación estresante por medio del control de las emociones, o bien, evitar expresarlas por la carga emocional o por la desaprobación social que esta conlleva.
4. *Evitación comportamental*: estrategia conductual que lleva a cabo acciones que contribuyen a tolerar el problema o a eliminar o neutralizar las emociones generadas.
5. *Evitación cognitiva*: estrategia que busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores a través de la distracción o la negación.
6. *Reacción agresiva*: expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia objetos, que puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado.
7. *Expresión emocional abierta*: describe la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema.
8. *Reevaluación positiva*: busca aprender de las dificultades al identificar los aspectos positivos del problema.
9. *Búsqueda de apoyo social*: refiere al apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición afectiva de recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema.
10. *Búsqueda de apoyo profesional*: estrategia conductual en la cual se busca el recurso profesional para solucionar el problema o sus consecuencias.
11. *Espiritualidad*: estrategia cognitivo-conductual expresada a través del rezo y la oración, dirigida a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el problema.
12. *Espera*: estrategia cognitivo-conductual que busca esperar a que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo.

Posteriormente, se identificaron las formas de afrontamiento ante las situaciones de emergencia atendidas (p. ej.: *¿Considera que las formas en que sobrelleva son adecuadas y eficaces? ¿Le parece necesaria la modificación de alguna? ¿De qué manera?*).

Ambas secciones de la entrevista conformaron un total de cuarenta y una preguntas que permitió establecer el diagnóstico de la investigación.

Guía de observación participativa

Durante las emergencias, se anotaron algunas de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los TEM a través del lenguaje verbal y no verbal con el fin de verificar la veracidad de los datos recabados por medio de la entrevista semiestructurada.

Registros mecánicos

Corresponden a los instrumentos para registrar con gran precisión los datos útiles para la investigación, como grabaciones en audio durante las entrevistas y las pruebas fotográficas de la aplicación del módulo integrativo del programa.

Programa de intervención práctica

El programa fue diseñado a partir de los resultados obtenidos durante la fase diagnóstica y tuvo como fin la promoción y la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento. La duración del programa fue de treinta y dos horas y se integró por cuatro módulos independientes que englobaron las temáticas (a) autocuidado y estilos de vida saludables, (b) habilidades sociales, (c) expresión emocional y (d) manejo del estrés.

Sesión integrativa

Se trata de una sesión integrativa del programa de intervención práctica *¿Quién nos ayuda a nosotros?* se abarcaron en un módulo de seis horas los aspectos más relevantes a trabajar con los participantes y se evaluó la percepción que tienen sobre el programa mediante un cuestionario evaluativo y un espacio de comentario libre sobre la sesión.

Cuestionario de evaluación

Un cuestionario de ocho preguntas abiertas, cuyo diseño se ajustó a los resultados del programa de entrenamiento, para evaluar la percepción que tuvieron los TEM acerca de los aportes y limitaciones de la sesión integrativa, así como la aceptación del programa en general (p.ej.: *¿En qué áreas considera usted que los temas tratados tienen utilidad práctica en su trabajo?*,

¿Recomendaría usted esta sesión a un(a) compañero(a)? ¿Por qué? y ¿De qué forma siente usted que las actividades le sensibilizaron?).

Resultados

A través del diagnóstico elaborado, se evidenció que cada una de las áreas incluidas por el CASIC se encontró afectada en la mayoría de la población en cuestión: a nivel *conductual*, se dieron comportamientos frecuentemente centrados en la labor médica, en el área *afectiva* se manifestó la costumbre frente al dolor del otro y la represión emocional, en lo *somático* se evidenció el sobrepeso causado por las alteraciones en la alimentación y la poca actividad física, así como arritmias cardíacas, hipertensión y dolencias musculares y de espalda. A nivel *interpersonal* se presentó una inclinación por el desarrollo de relaciones con colegas, en cuanto a la relación con los hijos, ésta no se vio tan comprometida como la de pareja a causa de la labor, y finalmente, a nivel *cognitivo*, a pesar de la recurrente concentración en sus servicios profesionales, se filtraron a veces imágenes y representaciones relacionados con los pacientes que se remitieron a los seres queridos.

Correspondiente al área *espiritual*, influyó la presencia de Dios en los TEM al considerársele como “ser divino” y “fuente de sabiduría” durante sus intervenciones, sin embargo, no se hizo evidente la utilización de recursos religiosos.

Es relevante el aporte que significó la utilización del modelo sistémico del CASIC, puesto que, a partir del lenguaje verbal manifiesto en el discurso de los sujetos como respuesta a la entrevista, así como en el comportamiento registrado a lo largo de la observación de campo, se identificaron que las áreas detalladas anteriormente sufrieron un deterioro importante, ejemplificado a través de lo limitada que se encuentra el área *interpersonal* de la población, como p.ej., “todos mis amigos son de la Cruz Roja, fuera de aquí no sabría adónde ir”, “no me dan ganas de salir, solo quiero llegar a mi casa, cenar y descansar” o bien, del impacto que ha sufrido a nivel *somático* “padezco de dolor de espalda y de cabeza, también tengo alteraciones en el sueño”, “sobre el montón de padecimientos que tengo, algunos podrían ser ya genéticos, pero de una u otra forma se incrementaron o aceleraron por el tipo de trabajo que llevo a cabo”.

Referentemente al aspecto *afectivo*, se evidenciaron repercusiones en los sujetos “tengo problemas con mi relación de pareja, porque me desquito [del estrés laboral] con mi esposa”, “por mi apatía, a veces caigo en estado depresivo, me vuelvo improductivo en casa, pero en el trabajo no”, a nivel *conductual*, la misma población reconoció ciertos comportamientos inadecuados “me dan reacciones de enojo hacia personas dentro de la escena, pero nunca hacia el paciente”, “en la escena me peleo con la gente que me rodea, me he peleado con compañeros... pero solo de palabras”, “también usamos el humor negro como recurso para liberar la tensión”.

A nivel *cognitivo*, también, se reflejó un impacto “me dan sentimientos de culpa, aunque siempre lo niego, pues, no quiero reconocer que las situaciones que atiendo me hayan impactado o producido un trastorno”, “aunque yo me haga una “concha”, no quiere decir que no sea humano, y si es así, se pierde el objetivo de mi profesión” y, finalmente, a nivel *espiritual*, los sujetos expresaron ciertas limitaciones “no me ha nacido recurrir a ella, soy un poco reacio a lo espiritual”, “yo digo: “Diosito, échame una mano””, “tal vez lo uso [a Dios] como sombrilla, solo para cuando me llueve lo saco”.

En referencia a la percepción que la población manifestó sobre el grado de *estrés* que experimentaba sobre su labor, este resultó más positivo que negativo, en tanto, el estrés les permitió trabajar eficaz y rápidamente en pro de la atención a sus pacientes. Sin embargo, un resultado no incluido inicialmente fue la presencia de un estrés de connotación negativa resultado de factores externos más allá de los servicios prestados al paciente y que generó cierto grado de desequilibrio en el adecuado funcionamiento biopsicosocial de los técnicos.

La mayor parte de los factores desencadenantes de este estrés remitió al contexto y factores externos que rodearon la situación de emergencia: sobresalieron los factores relacionados con la incompetencia de algunos funcionarios de otros departamentos de la Cruz Roja, la incompatibilidad entre los protocolos de intervención por parte de otras instituciones implicadas en la atención de las emergencias y las condiciones riesgosas propias de la escena atendida, que atentaron contra su vida o la de sus colegas.

Otro factor que generó este estrés trató sobre la disconformidad que percibieron con el proceder institucional de la Cruz Roja, como el hacinamiento generado por la falta de infraestructura adecuada para actividades como la capacitación, la alimentación, el trabajo y la distracción, las cuales se llevaron a cabo dentro de un único y reducido espacio. Asimismo, reportaron estrés y desmotivación por el hecho de no sentirse valorados ni reconocidos por parte de las autoridades de la institución y manifestaron que esta no respondió a sus necesidades básicas y, además, manifestaron sentirse desprotegidos por la falta de planes de retiro.

La investigación mostró evidencia que el origen del estrés padecido por los TEM remite más a factores desencadenantes de sus condiciones de labor y no, como previamente considerado, a la propia atención de sus pacientes.

Las *estrategias de afrontamiento* más utilizadas por los TEM referente a la liberación del estrés que padecieron en torno a su labor profesional, correspondían el humor negro, la utilización del lenguaje soez, la jocosidad, el centramiento en la labor y la despersonalización, respecto a algunos pacientes.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas fueron la *búsqueda de alternativas*, al hablar, mayormente, con personas de mucha confianza como colegas y pareja, y la *evitación comportamental*, que se manifestó como su aislamiento en algunas ocasiones o la excesiva centralización en lo médico y en actividades distractoras. El *conformismo* se manifestó más como una aceptación de lo vivido, la *evitación emocional* debido a la falta de espacios para traslaborar libremente sus sentimientos, la *evitación cognitiva* al, generalmente, recurrir, de manera inconsciente, al humor o a la focalización en lo médico, por medio de la *reevaluación positiva* buscaron el lado positivo de cada una de sus experiencias vividas, como por ejemplo, la ayuda al paciente, la satisfacción por la labor realizada o la valoración de la vida.

Sobre las estrategias de uso más limitado entre la población de TEM, se encontraron la *expresión emocional abierta*, puesto que existió una tendencia constante de reprimir y bloquear sus emociones y las únicas formas en que se permitieron expresarlas fue ante el dolor de la desgracia de sus pacientes o, de forma disfrazada, a través del sentido del humor.

Otra de las estrategias de afrontamiento de menor frecuencia correspondía a la *búsqueda de apoyo social*: la mayor parte de la población compartió acerca del impacto de sus experiencias vividas solamente con sus compañeros de trabajo, debido a que es un factor en común entre ellos, se observó que no fue usual que recurrieran al soporte de sus familiares y amigos. A pesar de que los paramédicos en cuestión fueron conscientes de la importancia de la *búsqueda de apoyo profesional*, la mayoría admitió no haber recurrido a esta estrategia, porque hasta el momento reportaron que no la habían considerado necesaria, ni habían tenido la suficiente confianza en sus colaboradores para hacerlo.

Sobre la *espiritualidad*, si bien es cierto, esta remite a un concepto subjetivo que puede tener varias significaciones, se evidenció que la mayoría de los sujetos de estudio la relacionaron con la presencia de Dios en sus vidas, y los reportes y observaciones evidenciaron que en el ámbito laboral utilizaron recursos espirituales durante situaciones que percibieron que salieron de su control. Los TEM reportaron recurrir a Dios como una forma “salvadora” que remedía sus situaciones y que les permitió sensibilizarse ante la necesidad del otro o aceptar la muerte de un paciente.

Finalmente, el uso de la estrategia de afrontamiento *espera* dependió de la situación que vivieron: si se trató de una demanda de sus servicios profesionales no la aplicaron, porque manifestaron siempre buscar rápidamente mejorar la condición de sus pacientes, sin embargo, cuando la situación les impactó a nivel personal, más bien reportaron adoptar una actitud pasiva y que no hacían nada por remediarla o que esperaban que su efecto se aminore con el tiempo.

Como resultado de la sesión integrativa del programa, se constató la necesidad de aprehender y reproducir herramientas psicológicas que les permiten translaborar adecuadamente el impacto generado en su salud emocional por sus condiciones laborales. Los participantes manifestaron en la sesión integrativa, que esta satisfizo sus necesidades y expectativas, e incluso, la consideraron como un modelo de intervención para futuros espacios dirigidos a la promoción de su salud integral.

Además, manifestaron a nivel institucional una falta de comunicación y conocimiento entre los TEM y la Unidad de Soporte Psicológico en cuanto al plan de trabajo, misión, visión y servicios. Acerca del trabajo realizado hasta el momento por la Unidad de Soporte Psicológico, un reducido grupo de TEM reconoció la calidad e importancia de la contención brindada posteriormente a ciertos eventos de carácter masivo, o bien, sumamente trágico. Sin embargo, la totalidad de los TEM manifestó que los servicios de esta unidad fueron insuficientes, debido a que percibieron que no había brindado planes de seguimiento terapéutico y de que careciera de planes de promoción de salud integral dirigidos al área biopsicosocial.

Discusión

En conclusión, constatamos la riqueza de la metodología utilizada a lo largo de la investigación, la cual se complementó adecuadamente con los objetivos propuestos. Al incorporárenos como investigadoras, dentro de la cotidianidad de los TEM, logramos conocer fielmente acerca de su realidad. Consideramos que los instrumentos estuvieron acordes con la metodología, lo que, a su vez, facilitó el proceso de codificación y análisis de los datos pertinentes de una forma organizada, fluida y eficaz, tal y como lo permitió el uso del programa Atlas.ti.

A partir de los resultados obtenidos, resaltamos la importancia de la elaboración y aplicación de un programa que responda a las necesidades expuestas por la población investigada y proponemos el desarrollo de temáticas que engloben la enseñanza de estrategias de afrontamiento, como el autocuidado (salud física y espiritual), habilidades sociales (comunicación, asertividad, empatía y resolución de conflictos), la expresión de sentimientos y el manejo del estrés. Para una mayor facilidad y flexibilidad de aplicación, proponemos que este programa mantenga su diseño a través de módulos independientes.

Consideramos que el uso más limitado de la *expresión emocional abierta* como estrategia de afrontamiento, puede responder a un fenómeno de formación profesional acompañado de un contexto machista, en el cual la expresión de sentimientos es percibida como señal de debilidad, vulnerabilidad y falta de profesionalismo. Proponemos que este aspecto debe de revisarse y considerarse.

En cuanto a la sesión integrativa, en un inicio consideramos como limitante la poca cantidad de participantes, sin embargo, como resultado de la vivencia de la sesión y la realimentación final, este hecho se tradujo en una ventaja, en tanto, permitió un ambiente de confianza y una apertura libre de apreciación.

Tomando en cuenta la información obtenida y analizada, resulta evidente el impacto que la naturaleza y el contexto de los labores han ejercido en la salud integral de los TEM. La investigación evidenció las necesidades reales de la población, por lo que instamos tanto a esta como a las autoridades de la institución, la puesta en práctica de planes de acción que promuevan su salud integral y que permitan además otros beneficios relacionados con la mejora en la calidad de la atención prehospitalaria y humana ofrecida a los pacientes.

Una forma de alcanzar este propósito implicaría la responsabilidad que tiene que asumir la Cruz Roja Costarricense en el planeamiento y la aplicación de actividades productivas, con el fin de canalizar la ansiedad acumulada entre los TEM debido a la naturaleza de sus labores, que genera alto volumen de adrenalina, y por lo cual invierten gran parte de su tiempo en la práctica del humor negro, en la realización de bromas, en el fumado excesivo y en la sobrealimentación con comida poco saludable (“comida chatarra”), y de esta manera fomentar con estas actividades un mayor crecimiento personal y profesional entre sus TEM.

Recomendamos brindar servicios que promuevan su calidad de vida, mediante la creación y la aplicación de planes nutricionales a través del convenio con instituciones o empresas especializadas, el control de vacunación, la contratación de un médico de empresa, la aplicación de un seguro de cobertura total, la provisión de equipos paramédicos de protección especializados mientras prestan sus servicios, y la inclusión de planes rigurosos y supervisados de entrenamiento físico como requisito obligatorio para su labor, a causa del grado de sobrepeso presente entre ellos.

Consideramos como factor motivacional para los TEM la apertura de espacios de esparcimiento que promuevan la camaradería y el compartir fuera del ámbito laboral de una manera sana, recibir capacitaciones que potencialicen un mejor desempeño profesional en temas como intervención en crisis y que faciliten la atención a pacientes de casos particulares, como lo son de violencia intrafamiliar, de enfermedad y accidentes por abandono o negligencia, de tentativas suicidas, o bien, informar adecuadamente malas noticias a los seres queridos de las víctimas, y otros temas como son habilidades sociales y asertividad.

Además, con base en los datos obtenidos, se evidenció la ausencia de un soporte de atención psicológica para los TEM, que, al encontrarse en riesgo biopsicosocial, demandan de una urgente atención por parte de este tipo de profesionales. Sobre lo anterior, apuntamos una necesaria

validación del papel del psicólogo dentro de esta institución, pues la cantidad de psicólogos de planta consideramos insuficiente como para responder a la diversidad de necesidades latentes dentro de la institución, entre las cuales caben mencionar el relevante desarrollo de un plan de seguimiento terapéutico a los paramédicos, posteriormente a la atención de situaciones de emergencias de contenidos traumáticos o de gran carga laboral, por las consecuencias psicológicas que éstas les generan. El papel del psicólogo lo consideramos, además, necesario para el proceso de reclutamiento a personas interesados en trabajar dentro de la Cruz Roja, debido a la relevancia de cumplir con ciertos requisitos, como es, p.ej., el equilibrio psicológico para ofrecer adecuados servicios de atención prehospitalaria.

Finalmente, concluimos que esta investigación, así como el programa desarrollado, corresponden a un valioso recurso teórico-práctico que puede ser implementado a otras poblaciones de profesionales que se encarguen de prestar servicios de atención y cuidado a otros con el propósito de mejorar su bienestar personal y social, así como la calidad de su trabajo.

Reconocimientos

Reconocemos y agradecemos el apoyo brindado por cada uno de los paramédicos que permitieron realizar esta investigación con su participación y quienes la enriquecieron con sus conocimientos y su valiosa experiencia y tiempo. Asimismo, este reconocimiento se extiende al Departamento de Psicología de la Cruz Roja Costarricense, sede COMSER, representado por la señora Viviana Elliot, quien abrió las puertas de la institución a la posibilidad de realizar el presente estudio, así como a la lectora de tesis de la investigación, la señora Susana Dormond, directora de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Costa Rica.

Referencias

- Chacón, M. & Rojas, A. (1997). *Análisis del clima laboral y reacciones emocionales asociadas a la labor de dos grupos de socorro La Unidad Metropolitana de Servicios de Emergencias y Rescate y La Unidad de Rescate de Bomberos*. (Tesis de Licenciatura en Psicología, inédita). Universidad de Costa Rica.
- Fouce, J. G. (2003). La intervención humanitaria en catástrofes internacionales desde el punto de vista del factor de personal. *Revista Acción Psicológica*, 2(1), 19-28.
- Guerrero, M., Ramírez, A., & Soto, A. (2008). Estrés, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los agentes del Organismo de Investigación Judicial (OIJ), Sección de Inspecciones Oculares y Recolección de Indicios (SIORI) (Tesis de Licenciatura en Psicología inédita). Universidad Católica de Costa Rica.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nueva York: Springer
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Martínez Roca.
- Londoño, N. H., Henao López, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre-Acevedo, D. C. (mayo-agosto, 2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psicológica*, 5(2), 327-349.
- Monge, I. (2005). *Diseño y elaboración de un módulo de primeros auxilios psicológicos para cruzrojistás*. (Tesis de Licenciatura en Psicología inédita). Universidad Fidélitas de Costa Rica.
- Ponce Díaz, C. R., Bulnes Bedón, M. S., Aliaga Tovar, J. R., Atalaya Pisco, M. C., & Huertas Rosales, R. E. (2005). El Síndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. *Revista de Investigación Psicológica IIPSI*, 8(2), 87-112.
- Scientific Software Development (2004). *The Qualitative Data Analysis & Research Software*. Recuperado de <<http://www.atlasti.com/>>.
- Slaikeu, K. A. (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México, D.F.: Manual Moderno.

Sosa Castilla, C. D. & Capafóns Bonet, J. I. (2005). *Estrés postraumático*. Madrid: Síntesis S.A.

Vargas, L. (1995). *El estrés que experimenta el personal de socorro de la Cruz Roja Costarricense en caso de desastre*. (Tesis de Licenciatura en Educación con Énfasis en Orientación inédita). Universidad de Costa Rica.

Recibido 19 de octubre de 2010
Revisión recibida 03 de marzo de 2012
Aceptado 03 de abril de 2012

Reseña de las autoras

María José Pérez Molina cuenta con un bachillerato en Psicología otorgado por la Universidad Nacional de Costa Rica y una licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Costa Rica con Mención Honorífica Magna Cum Laude. Actualmente, presta servicios psicológicos en el área clínica.

Nazareth Rodríguez Chinchilla cuenta con un bachillerato en Psicología otorgado por la Universidad Nacional de Costa Rica y una licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Costa Rica con Mención Honorífica Magna Cum Laude. Profesionalmente, se desenvuelve en el área laboral, específicamente en recursos humanos.

Actitudes hacia comportamientos protectores y de riesgo en conductores costarricenses

Attitudes towards Protective and Risk Behaviors in Costa Rican Drivers

Marjorie Moreno Salas

Universidad Católica de Costa Rica

David Monge López

Ministerio de Obras Públicas y Transporte, Costa Rica

Resumen

En el presente estudio se exploraron las actitudes y los comportamientos protectores y de riesgo al conducir vehículos particulares en una muestra de 590 conductores de entre 20 y 60 años ($M = 38,57$, $DE = 11,69$) residentes del área metropolitana costarricense. Se realizó una investigación exploratoria, desarrollada mediante un diseño transversal con un cuestionario autoaplicado. Los principales resultados fueron que: A mayor cantidad de hijos e hijas dependientes, menores comportamientos y actitudes hacia el riesgo y mayores comportamientos protectores. A mayor cantidad de años de tener licencia, menores actitudes hacia el exceso de velocidad y menores comportamientos de riesgo asociados con la alta velocidad. Entre más días de manejo, mayores comportamientos protectores. A mayor reporte de actitudes y comportamientos favorables hacia el riesgo, menor edad de los participantes. A manera de conclusión, las actitudes y los comportamientos de riesgo se vinculan negativamente. Además, variables sociodemográficas como el número de hijos y la edad de los conductores modula la respuesta en cuanto a las actitudes y los comportamientos protectores y de riesgo al manejar. Los resultados del estudio forman un primer aporte a la investigación nacional en el tema, en tanto, se cuenta con un instrumento susceptible de ser aplicado en otros estudios y múltiples datos empíricos en la temática.

Palabras clave: conductores, actitudes, comportamientos de riesgo y protección, seguridad vial

Abstract

The present study explores protective and risk attitudes and behaviors in 590 drivers of private vehicles, all residents of Costa Rica's metropolitan area. Drivers' ages were between 20 and 60 years ($M = 38.57$, $DE = 11.69$). The investigation was exploratory, developed by means of a transversal design with a self-administered questionnaire. The principal results showed that the higher the number of dependent children, the more protective behaviors and fewer risk behaviors were exhibited. The more years that a driver's license had been held, the fewer attitudes and risk behaviors associated with speeding were observed. The larger the number of days spent on the road, the more that protective behaviors were displayed. And the more that attitudes and behaviors favoring risk were reported, the lower the age of participants. In conclusion, risk attitudes and behaviors are negatively linked. Moreover, socio-demographic variables, such as the number of children and drivers' age, modulate responses towards protective and risk behaviors while driving. The study's results constitute an initial contribution to national research on the subject, being an instrument which could be applied in other studies and to an array of empirical data on this subject.

Keywords: drivers, attitudes, risk and protective behaviours, traffic safety

Marjorie Moreno Salas, Universidad Católica de Costa Rica, Centro de Investigaciones Psicológicas Avanzadas.

David Monge López, Ministerio de Obras Públicas y Transporte de Costa Rica, Consejo de Seguridad Vial.

El estudio fue realizado conjuntamente entre el Consejo de Seguridad Vial y la Universidad Católica de Costa Rica.

Dirigir la correspondencia en relación con este artículo a Marjorie Moreno Salas, dirección electrónica:

maryyuri12@gmail.com o a David Monge López, dirección electrónica: davidml@costarricense.cr

Los factores psicosociales, como objeto de nuestro estudio, fundamentan parte importante en la investigación sobre accidentes de tránsito y así su relación con actitudes y comportamientos de riesgo en conductores (Iversen y Rundmo, 2004; Iversen, 2004). La actitud se define según Morales, Reboloso y Moya (1994), como la asociación entre un objeto (que puede ser una situación, una persona o un grupo) y su evaluación correspondiente. Según los autores, el papel de las actitudes como variable psicosocial, integra creencias y emociones subyacentes que influyen en las motivaciones orientadas hacia el logro de determinadas metas.

Para el presente estudio, se partió de la teoría del comportamiento planeado de Ajzen (1991), que sostiene que una actitud no precisamente refleja su comportamiento, sino que se encuentra mediada por normas subjetivas y el control percibido sobre el comportamiento. Por norma subjetiva, Ajzen entiende la presión percibida por parte de otros significativos para llevar a cabo un comportamiento, mientras el control percibido se refiere a las condiciones contextuales que facilitan o impiden su ejecución. La teoría del comportamiento planeado parte del criterio de compatibilidad, es decir, un comportamiento debe ser explicado en función del contexto. Según estos autores, indagar en las actitudes implicaría investigar múltiples comportamientos en diferentes contextos, midiendo las actitudes, las normas subjetivas y la percepción del control comportamental en cada uno.

Morales, Reboloso y Moya (1994) señalan que no necesariamente existe coherencia entre las emociones, creencias y el comportamiento de un individuo hacia determinado objeto o situación. Una persona podría mantener creencias que no corresponden a su comportamiento, por ejemplo, desaprobando el consumo de bebidas alcohólicas al conducir y, sin embargo, manifestar este comportamiento de modo consistente o eventual.

En el contexto internacional, Iversen y Rundmo (2004) estudiaron los auto-reportes de actitudes hacia el riesgo en una muestra de 2614 conductores noruegos. A partir de los resultados agruparon tres dimensiones de actitudes de riesgo: actitudes hacia (a) violaciones a las reglas de tránsito y exceso de velocidad, (b) el manejo descuidado de otros conductores y (c) el manejo bajo efectos del alcohol. Los comportamientos de riesgo reportados por los conductores fueron evaluados por medio de análisis confirmatorios. En los análisis de componentes principales, los autores identificaron siete factores de riesgo: (a) violaciones hacia las reglas de tránsito y alta velocidad, (b) conducción imprudente, (c) no uso de cinturón de seguridad, (d) conducción precavida, (e) conducción bajo efectos del alcohol, (f) atención cuando hay niños en la vía y (g) conducción por debajo de los límites de velocidad.

Yilmaz y Çelik (2006), por su parte, estudiaron las actitudes de 548 conductores turcos por medio de un análisis de ecuaciones estructurales. En su investigación, los autores definieron cinco

factores de riesgo: (a) obediencia a las reglas de velocidad, (b) preocupación sobre los accidentes de tránsito, (c) tendencia a tomar riesgos en contextos viales (incluidas la alta velocidad y el manejar bajo consumo de alcohol), (d) violaciones de reglas básicas de tránsito y (e) actitudes hacia el comportamiento de riesgo. Con el modelo lograron explicar un 82% de la varianza de su variable dependiente “aumento de velocidad”.

En Noruega, Ulleberg y Rundmo (2002) estudiaron las actitudes hacia el comportamiento de riesgo vial entre 3942 conductores jóvenes por medio de la construcción de un instrumento de medición y la definición de sus características psicométricas. Ellos analizaron la relación entre actitudes y comportamientos de riesgo al conducir, sosteniendo en su hipótesis, que las actitudes generales serían pobres predictores de comportamientos específicos, sino que serían, más bien, predictores de comportamientos de riesgo. En sus análisis de componentes principales encontraron 11 dimensiones de comportamientos de riesgo: (a) viajar con un conductor inseguro, (b) exceso de velocidad, (c) preocupación por herir a otras personas, (d) beber alcohol y conducir, (e) mostrar las habilidades de manejo a otros, (f) seguimiento del flujo vehicular y obediencia a sus reglas, (g) conducción como forma de entretenimiento, (h) apoyar a un conductor temerario, (i) riesgo de accidentes, (j) fatalismo vial y (k) violación de las reglas de tránsito.

Según la Dirección General de Policía de Tránsito de Costa Rica, para el año 2007, el porcentaje de los accidentes con automóviles particulares representaron para los percances con heridos leves un 23%; un 39% en accidentes con heridos graves; en incidentes con fallecidos representaron un 40% y un 37% del total de los accidentes con algún tipo de víctima. La mayor cantidad de víctimas de accidentes con lesiones graves y con fallecidos se reportaron para conductores con un rango de edad entre 20 y 40 años (Departamento de Operaciones Policiales, Dirección General de Policía de Tránsito, 2008).

El objetivo general del presente estudio fue explorar las actitudes y los comportamientos protectores y de riesgo en una muestra de varones conductores de vehículos particulares del área metropolitana costarricense. Se evaluaron las siguientes hipótesis:

H₁: Las actitudes correlacionarán con el reporte de los comportamientos protectores y de riesgo.

H₂: Mientras menor sea el tiempo de poseer licencia de conducir, más actitudes favorables hacia el riesgo se presentarán, mayor reporte de comportamientos riesgosos y menor reporte de comportamientos protectores.

H₃: A mayor cantidad de kilómetros recorridos diariamente y horas de manejo anual, mayores actitudes y comportamientos de riesgo, y menor reporte de comportamientos protectores.

H₄: Si el automóvil está asegurado habrá actitudes más favorables hacia el riesgo, mayor reporte de comportamientos de riesgo y menor reporte de comportamientos protectores.

H₅: A menor edad, más actitudes favorables hacia el riesgo, mayor reporte de comportamientos de riesgo y menor reporte de comportamientos protectores.

H₆: Varones casados, con más alto nivel educativo y con mayor cantidad de personas dependientes (hijos, hijos dependientes, personas dependientes de su trabajo) presentarán más comportamientos protectores y menos comportamientos y actitudes de riesgo.

H₇: Con mayor reporte de accidentes sufridos, mayor cantidad de infracciones y mayor intención de aumentar la velocidad en condiciones óptimas, mayores comportamientos y actitudes favorables hacia el riesgo.

Método

El propósito del presente estudio fue indagar en las actitudes de conductores varones hacia comportamientos de riesgo y protectores y sus evaluaciones correspondientes. Interesaron las actitudes para profundizar cuáles creencias subyacen a las evaluaciones y evidenciar, cuáles actitudes poseen mayor aprobación, es decir, cuáles serían las más toleradas. Se relacionaron los componentes actitudinales con variables sociodemográficas y de conducción vehicular, hipotéticamente asociadas con una mayor aprobación de actitudes de riesgo o de actitudes protectoras.

Las escalas, que se aplicaron para la medición de las actitudes y comportamientos de interés, fueron de reciente uso en Costa Rica, por esto, paralelamente, se estimaron sus características psicométricas. Los sujetos de estudio fueron únicamente varones, conductores de vehículos particulares, que, en términos absolutos, según la Dirección General de Policía de Tránsito de Costa Rica (2008), constituyen los actores viales más involucrados en accidentes con personas lesionadas, con heridas graves y fallecidas.

Participantes

En nuestro estudio participaron 548 varones conductores que formaron una muestra intencional por cuotas según su edad entre 20 y 60 años, que completaron voluntariamente el instrumento, después de corroborar el cumplimiento de los criterios de inclusión, que fueron: (a) ser conductor habitual de vehículo particular, (b) ser costarricense, (c) ser varón, (d) ubicarse en el rango de edad entre 20 a 60 años, (e) con más de seis meses de poseer licencia, (f) no conducir habitualmente otro tipo de transporte (taxi, autobús o vehículo de carga pesada) y (g) no laborar como chofer.

Para determinar el número de participantes, se consideraron para el análisis factorial exploratorio, de acuerdo a Tabachnick y Fidell (citado en Cea, 2004), cinco casos por cada variable con una cantidad máxima de 75 ítems por escala y una muestra de mínimo 375 sujetos.

Instrumentos

Para la confección del cuestionario auto-aplicado, como instrumento de recolección de datos, se utilizaron los ítems establecidos por Iversen y Rundmo (2004) e Iversen (2004). Para los fines de nuestro estudio se eliminó el ítem “Conducir sin los suficientes márgenes de seguridad” y en los reactivos las millas se convirtieron en kilómetros por hora.

Para validar cualitativamente las escalas, un grupo de 20 policías de tránsito, con al menos siete años de experiencia laboral, evaluaron la claridad de los ítems originales y colaboraron con la redacción de nuevas afirmaciones sobre comportamientos de riesgo y protectores usuales entre conductores costarricenses, diferentes a los presentados en el cuestionario. Con la validación cualitativa de las afirmaciones propuestos por los oficiales de tránsito, se mejoró la redacción de los reactivos de las escalas. Después, se ubicaron los nuevos ítems en los constructos originales, o se crearon nuevas categorías ad hoc para agruparlos. El cuestionario final se dividió en cuatro apartados y escalas que se describen a continuación:

1. *Presentación general*: contiene el propósito de la investigación, el consentimiento informado y las instrucciones para completar el cuestionario.

2. *Escala de actitudes hacia comportamientos de riesgo y protectores*: formada por 75 ítems, que se dividen en cinco componentes de actitudes hacia: (a) las violaciones de reglas de tránsito y alta velocidad, (b) el manejo descuidado de otros conductores, (c) el manejo bajo efectos de alcohol, (d) la conducción descuidada y distraída y (e) la agresión en el manejo. El grado de acuerdo con el reactivo se midió con siete opciones de respuesta tipo Likert (1 = *en desacuerdo*, 7 = *de acuerdo*).

3. *Escala de auto-reporte de comportamientos protectores y de riesgo*: presenta 53 reactivos divididos en ocho componentes: (a) violaciones a la reglas de tránsito y alta velocidad, (b) conducción descuidada y temeraria, (c) no uso del cinturón de seguridad, (d) conducción precavida, (e) consumo de alcohol y manejo, (f) cuidado a los niños/as en la vía, (g) conducción por debajo de los límites de velocidad y (h) agresión al manejar. Las categorías de respuesta correspondían a siete puntos tipo Likert (1 = *nunca me pasa*, 7 = *siempre me pasa*).

4. *Variables sociodemográficas y de conducción vehicular*: consulta información demográfica y relacionada con la conducción de vehículos por medio de 24 preguntas cerradas.

Procedimiento

El presente estudio se desarrolló en la Universidad Católica de Costa Rica en coordinación con los cursos de investigación cuantitativa de la Escuela de Psicología. Los estudiantes colaboraron con la aplicación del instrumento a conductores nacionales. Se recolectaron entre mayo y agosto del año 2008 cerca de 600 cuestionarios. Posteriormente, los estudiantes verificaron la información recolectada con los conductores vía telefónica. Para el procesamiento de la información se construyó una base de datos utilizando el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (*Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS, versión 11).

El análisis de la información atravesó por dos fases: la primera, enfocada en revisar las características psicométricas de las escalas piloteadas apoyado en las técnicas de análisis de componentes principales y el análisis de consistencia interna. En la segunda fase, para falsear las hipótesis del estudio, se emplearon, principalmente, el análisis de frecuencias, el análisis de contingencias, el análisis de correlación de Pearson y la comparación de promedios.

Resultados

Descripción de la muestra

En la investigación participaron 548 conductores de vehículos particulares, cuya edad promedio fue $M_{\text{edad}} = 38.57$ años ($DE = 11.69$). La mayoría de los participantes era casado (52,8%) o soltero (40,1%), la minoría vivía en unión libre (6,7%) o era viudo (0,4%). El lugar de residencia de la mayor parte de la muestra era la provincia de San José (72,3%), seguido por Heredia y Alajuela con un 10% cada uno y Cartago con un 6,7%. Un 48,4% de los participantes reportaron tener entre uno y tres descendientes, seguidos por quienes reportaron no tener hijos/as (39%), padres de cuatro a nueve hijos/as llegaron a un 12,2%. El promedio del número de hijos/as de los encuestados fue de $M_{\text{hijos/as}} = 1,58$. Sobre la paternidad, un 47% aseguró que de sus hijos/as ninguno depende de ellos, y un 50,5% reportó entre uno y tres hijos/as dependientes. Como nivel de escolaridad: estudios universitarios reportaron un 60%, estudios secundarios 31,8% y estudios primarios un 8,2%. El peso corporal de los conductores de la muestra era entre 40 y 210 kg con una media de $M_{\text{peso}} = 79.32$ kg. La estatura se ubicó entre 1,45 y 1,95 m, con una media de $M_{\text{alto}} = 1.72$ m. Los participantes reportaron diversas ocupaciones desde agricultores, zapateros y bodegueros hasta escritores, médicos, filólogos y educadores.

En cuanto al asegurado de los vehículos de los participantes, un 59,3% reportó su vehículo asegurado y un 40,7% de los vehículos se encontraba sin seguro. El tamaño del automóvil que manejaron era *mediano* en un 68,9%, *pequeño* en un 15,2% y *grande* en un 15,9%. El 93,3%

condujo un vehículo propio y un 6,7% un automóvil de trabajo. Predominaron los varones que conducían en la *ciudad* (85,8%), seguidos por *rutas nacionales* (44,5%) y un 33,1% manejó en el *campo o zona rural*. Los participantes en promedio reportaron tener licencia durante $M = 14,38$ años, recorrían una media de kilómetros diarios $M = 38,75$, manejaban en promedio $M = 5.6$ días la semana y $M = 3.06$ horas diarias.

En los últimos dos años al estudio, los conductores reportaron una media de infracciones recibidas $M = 0,9$, los accidentes con daños humanos presentaron una media de $M = 0,08$, los accidentes con daños, únicamente materiales, era de $M = 0.44$. Los conductores reportaron, si las condiciones de manejo fueran óptimas, conducirían a una media de $M = 83,29$ km/hora.

A partir de las características sociodemográficas y de conducción de los participantes se procedió con el análisis de las escalas psicométricas aplicadas.

Características psicométricas de las escalas

En este apartado se detallan los resultados estadísticos de los análisis de validez y de confiabilidad realizados.

La primera escala evaluada correspondió a las actitudes hacia los comportamientos de riesgo y protectores y contaba, inicialmente, con cinco factores (75 afirmaciones). En el procedimiento se eliminaron los ítems con comunalidades inferiores a .25 y, a partir de ello, como muestra tabla 1, se mantuvieron tres factores actitudinales (44 afirmaciones) que son: (a) exceso de velocidad, incumplimiento de reglas y agresión al volante (A1), con 27 ítems, (b) consumo de alcohol y uso del celular al conducir (A2), constituido por 10 ítems y (c) comportamientos protectores (A3), con siete ítems.

La tabla 1 muestra los coeficientes de Alpha de Cronbach de los tres factores actitudinales que representan una adecuada fiabilidad de consistencia interna ($\alpha = .77$, $\alpha = .87$, $\alpha = .91$, A1 a A3, respectivamente). La varianza explicada de la escala de actitudes corresponde a un 38,35%, un valor considerado bajo, no obstante, se mantuvo este constructo por tratarse de un estudio exploratorio.

Tabla 1

Análisis de componentes principales y consistencia interna para la escala de actitudes hacia comportamientos de riesgo y protectores

| Factores actitudinales | Valor característico | Varianza explicada | Carga factorial | Alpha de Cronbach |
|------------------------|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------|
| A1 | 11.90 | 26.46% | .53-.37 | .91 |
| A2 | 3.35 | 7.46% | .40-.55 | .87 |
| A3 | 1.98 | 4.47% | .53-.60 | .77 |

Nota: Varianza explicada total = 38,35%, KMO = .92, Actitudes hacia: A1 = exceso de velocidad, incumplimiento de reglas y agresión al volante, A2 = consumo de alcohol y uso del celular al conducir, A3 = comportamientos protectores.

La segunda escala evaluada corresponde a los comportamientos protectores y de riesgo, y contaba, primeramente, con ocho dimensiones, que se reagruparon bajo tres factores (ver tabla 2): (a) Comportamientos de riesgo asociados con alta velocidad, irrespeto deliberado a reglas, agresión y consumo de alcohol (C1), compuesto por 14 reactivos, (b) Comportamientos de riesgo asociados con conducción descuidada (C2), de 12 ítems y (c) comportamientos protectores (C3), con cinco afirmaciones. Para nuestro estudio, también, esta escala fue modificada: de 53 reactivos se redujo a 31 reactivos. Los coeficientes Alpha de Cronbach resultaron significativos con su menor puntaje en el factor C3, $\alpha = .73$. La varianza explicada de la escala de comportamientos alcanzó un 40,23%, puntaje mayor a la escala de actitudes, que aún requiere ser mejorada. Para ambas escalas, la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) presentó puntajes convenientes superiores a .85.

Tabla 2

Análisis de componentes principales y consistencia interna para la escala de comportamientos de riesgo y protectores

| Factores comportamentales | Valor característico | Varianza explicada | Cargas factoriales | Alpha de Cronbach |
|---------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| C1 | 8.17 | 24.76% | .59-.73 | .87 |
| C2 | 3.37 | 10.23% | .40-.51 | .83 |
| C3 | 1.73 | 5.24% | .56-.71 | .73 |

Nota: Varianza explicada total = 40.24%, KMO = .89, C1 = Comportamientos de riesgo asociados con alta velocidad, irrespeto deliberado a reglas, agresión y consumo de alcohol, C2 = Comportamientos de riesgo asociados con conducción descuidada, C3 = Comportamientos protectores.

Resultados del marco hipotético

A continuación, se explican los resultados de cada una de las hipótesis formuladas.

H₁: Las actitudes correlacionarán con el reporte de los comportamientos protectores y de riesgo.

En cuanto a la primera hipótesis, tabla 3 muestra que los resultados del análisis de correlación de Pearson señalaron asociaciones significativas entre todos los factores actitudinales y comportamentales. Los factores de riesgo (A1, A2, C1 y C2) correlacionaron negativamente con los factores protectores (A3 y C3), ello significa: con más actitudes y comportamientos de riesgo, menos actitudes y comportamientos protectores.

Tabla 3

Análisis de correlación de Pearson entre las escalas de estudio: actitudes y comportamientos de riesgo y protectores

| | A2 | A3 | C 1 | C2 | C 3 |
|----|-------|--------|--------|--------|--------|
| A1 | .65** | -.27** | .66** | .56** | -.21** |
| A2 | | -.39** | .44** | .56** | -.20** |
| A3 | | | -.11** | -.44** | .46** |
| C1 | | | | .58** | -.09* |
| C2 | | | | | -.30** |

Nota: Actitudes hacia A1 = exceso de velocidad, incumplimiento de reglas y agresión al volante, A2 = consumo de alcohol y uso del celular al conducir, A3 = comportamientos protectores; C1 = Comportamientos de riesgo asociados con alta velocidad, irrespeto deliberado a reglas, agresión y consumo de alcohol, C2 = Comportamientos de riesgo asociados con conducción descuidada, C3 = Comportamientos protectores.
* $p < .05$. ** $p < .01$.

H₂: Cuanto menor sea el tiempo de poseer licencia de conducir, se presentarán actitudes más favorables hacia el riesgo, mayor reporte de comportamientos riesgosos y menor reporte de comportamientos protectores.

Para la segunda hipótesis, el resultado del análisis de correlación señaló que a mayor cantidad de años de tener licencia, menos actitudes favoreciendo el exceso de velocidad (A1), $r = -.15$, $p < .01$, menos comportamientos de riesgo asociados con alta velocidad (C1), $r = -.22$, $p < .01$, y menos comportamientos de riesgo asociados con la conducción descuidada (C2), $r = -.13$, $p < .01$.

Para falsear esta hipótesis se compararon las medias y se contrastaron dos grupos delimitados por la mediana (12 años): pocos (entre 10 meses y 12 años) y muchos años (entre 13 años y 48 años) de tener licencia: los conductores con pocos años de tener licencia presentaron promedios superiores en el factor de A1 Actitudes hacia el exceso de velocidad, incumplimiento de reglas y agresión al volante a los que tenían muchos años de tener licencia ($M = 2.87$, $M = 2.52$, respectivamente), solo en el caso de C3 Comportamientos protectores la media fue inferior. Las diferencias fueron significativas para los factores de riesgo A1 Exceso de velocidad, incumplimiento de reglas y agresión al volante, $t(525) = 3.34$, $p < .01$ y C1 Comportamientos de riesgo asociados con alta velocidad, irrespeto deliberado a reglas, agresión y consumo de alcohol, $t(534) = 5.17$, $p < .01$. Por último, conductores con pocos años de tener licencia fueron estadísticamente significativos en el factor C2 Comportamientos de riesgo asociados con conducción descuidada, $t(521) = 2.23$, $p < .05$.

H₃: A mayor cantidad de kilómetros recorridos diariamente y horas de manejo anual, mayores actitudes y comportamientos de riesgo, y menor reporte de comportamientos protectores.

Para la tercera hipótesis, las correlaciones resultaron significativas, únicamente, para el factor protector C3 Comportamientos protectores asociado con la variable de conducción Cantidad de días de manejo, $r = .11$, $p < .01$.

H₄: Si el automóvil está asegurado habrá actitudes más favorables hacia el riesgo, mayor reporte de comportamientos de riesgo y menor reporte de comportamientos protectores.

Los resultados de la prueba t de Student señalaron para esta hipótesis que los conductores de un vehículo sin seguro promedian más alto, solamente, en el factor de riesgo C1 Comportamiento de riesgo asociado con alta velocidad, irrespeto deliberado a reglas, agresión y consumo de alcohol, versus quienes contaron con un seguro ($M = 3.06$ y $M = 3.11$, respectivamente). Sin embargo, las medias difirieron por escasos .05 puntos. No hubo significancia en los datos respecto a los comportamientos protectores.

H₅: A menor edad, actitudes más favorables hacia el riesgo, mayor reporte de comportamientos de riesgo y menor reporte de comportamientos protectores.

La tabla 4 muestra las correlaciones significativas de la quinta hipótesis y señalan que entre menos edad, más actitudes favorables hacia el riesgo y más comportamientos de riesgo. Y de nuevo, esta significancia no se repitió con los comportamientos protectores.

Tabla 4

Análisis de correlación de Pearson entre edad y actitudes y comportamientos de riesgo y protectores

| Factores comportamentales y actitudinales | Menos edad (r) |
|---|--------------------|
| A1 | -.22** |
| A2 | -.09* |
| C1 | -.30** |
| C2 | -.08* |
| C3 | -.00 |

Nota: Actitudes hacia A1 = exceso de velocidad, incumplimiento de reglas y agresión al volante, A2 = consumo de alcohol y uso del celular al conducir, A3 = comportamientos protectores (no resultó estadísticamente significativo); C1 = Comportamientos de riesgo asociados con alta velocidad, irrespeto deliberado a reglas, agresión y consumo de alcohol, C2 = Comportamientos de riesgo asociados a conducción descuidada, C3 = Comportamientos protectores.
* $p < .05$. ** $p < .01$.

H_6 : Varones casados, con alto nivel educativo y con mayor cantidad de personas dependientes (hijos, hijos dependientes, personas dependientes de su trabajo) presentarán más comportamientos protectores y menos comportamientos y actitudes de riesgo.

Respecto a nuestra sexta hipótesis, los resultados señalaron que los conductores con pareja (casados o en unión libre) presentaron a sus contrarios (solteros y viudos) medias inferiores y significativas en todos los cuatro factores asociados al riesgo (A1, A2, C1 y C2): A1 Exceso de velocidad, incumplimiento de reglas y agresión al volante, $t(534) = -4.44$, $p < .01$, A2 Consumo de alcohol y uso del celular al conducir, $t(397) = -3.34$, $p < .01$, C1 Comportamientos de riesgo asociados con alta velocidad, irrespeto deliberado a reglas, agresión y consumo de alcohol, $t(534) = -5.78$, $p < .01$, y C2 Comportamientos de riesgo asociados con conducción descuidada, $t(534) = -3.22$, $p < .01$ y, nuevamente, sucede lo inverso para el factor C3, correspondiente a los Comportamientos protectores, $t(534) = -.23$, *n.s.*

Parte de la hipótesis señalaba que a mayor cantidad de hijos/as dependientes, se presentarían menos comportamientos y actitudes hacia el riesgo y más comportamientos protectores. La tabla 5 muestra que la cantidad de hijos/as correlacionó, según lo esperado, negativamente con los cuatro factores de riesgo, pero no así con el factor A3 Actitudes hacia comportamientos protectores. Además, la variable cantidad de hijos dependientes correlacionó negativa y significativamente con A1 y C1 ($r = -.14$ y $r = -.17$, respectivamente). Mientras la cantidad de personas dependientes del trabajo del conductor no correlacionó con ningún de los factores de estudio.

En los factores de actitudes y los comportamientos de riesgo, esperábamos que los conductores con estudios universitarios puntuaran por debajo de quienes contaron con estudios básicos y, de acuerdo con los resultados, ocurrió lo contrario: los conductores con estudios universitarios puntuaron por encima de los restantes en dos factores: C3 Comportamientos protectores, $t(409) = 2.43$, $p < .05$, y C1 Comportamientos de riesgo asociados con alta velocidad, irrespeto deliberado a reglas, agresión y consumo de alcohol, $t(533) = 3.10$, $p < .01$.

Tabla 5

Análisis de correlación de Pearson entre personas dependientes y actitudes y comportamientos de riesgo y protectores

| Personas dependientes | A 1 | A 2 | C 1 | C 2 | C 3 |
|---|--------|-------|--------|--------|------|
| Cantidad de hijos/as | -.20** | -.10* | -.26** | -.13** | .03 |
| Cantidad de hijos/as dependientes | -.14** | -.06 | -.17** | -.05 | -.02 |
| Cantidad de personas dependientes del trabajo | .00 | -.04 | .00 | -.04 | .00 |

Nota: Actitudes hacia A1 = exceso de velocidad, incumplimiento de reglas y agresión al volante, A2 = consumo de alcohol y uso del celular al conducir, A3 = comportamientos protectores (no resultó estadísticamente significativo); C1 = Comportamientos de riesgo asociados con alta velocidad, irrespeto deliberado a reglas, agresión y consumo de alcohol, C2 = Comportamientos de riesgo asociados con conducción descuidada, C3 = Comportamientos protectores. * $p < .05$. ** $p < .01$.

H₇: El reporte de accidentes sufridos, la cantidad de infracciones y la intención de aumentar la velocidad en condiciones óptimas correlacionará significativamente con los comportamientos protectores y de riesgo y con las actitudes favorables hacia los comportamientos de riesgo.

Los datos del análisis señalaron correlaciones significativas para esta hipótesis entre las actitudes favorables hacia el riesgo A1 y las infracciones recibidas, $r = .15$, $p < .01$, seguido por una correlación significativa con la intención de aumento de velocidad en condiciones óptimas, $r = .30$, $p < .01$. La variable actitudinal de riesgo A2 Consumo de alcohol y uso del celular al conducir y la variable comportamental de riesgo C1 asociados con alta velocidad, irrespeto deliberado a reglas, agresión y consumo de alcohol, correlacionaron positiva y significativamente tanto con las infracciones recibidas (ambos, $r = .12$, $p < .01$) como con la intención de aumentar de velocidad en condiciones óptimas ($r = .18$ y $r = .42$, $p < .01$, respectivamente). Los comportamientos de riesgo C2 asociados con la conducción descuidada correlacionó positivamente con la intención de aumento de velocidad, $r = .21$, $p < .01$. Lo último constituye un hallazgo importante, en tanto, las variables interactúan de forma importante.

De las variables de manejo estudiadas, correlacionó solamente la variable de los accidentes con daños materiales negativamente con el factor C3 Comportamientos protectores, $r = -.08$, $p < .05$.

Conclusiones y discusión

El estudio efectuado en Costa Rica permitió validar instrumentos ampliamente utilizados en el campo de la psicología del transporte a nivel internacional. Tanto la escala de actitudes como la escala de comportamientos fueron inicialmente sometidas a un proceso de validación con una muestra a conveniencia, que resultó de un tamaño inferior al planeado, hecho que limita la validez de los resultados del estudio. Sin embargo, la reagrupación de los ítems en tres dimensiones, por cada escala, resultó conveniente para el contexto nacional y permite su aplicación con otras poblaciones de conductores y muestras de mayor tamaño.

En otro plano, los datos de las variables sociodemográficas y de conducción vehicular impulsan avances en la exploración y control de variables como son: la edad, el número de hijos/as o el estado civil.

En cuanto a si el vehículo es propio o del trabajo y el tamaño del vehículo, los resultados no son concluyentes, lo que atribuimos a las características de la muestra. Al igual, en lo que se refiere a la edad de los participantes, la ubicamos como una variable moduladora de las actitudes y los comportamientos de riesgo, pero precisan futuras replicas con muestreo por cuotas que incluyan condiciones adicionales a la edad del conductor.

En cuanto a la cantidad de horas, días y kilómetros de manejo, los resultados de la presente investigación no han respaldado la hipótesis formulada. Hubo una interacción no incluida con anterioridad en cuanto a más días de manejo y mayores comportamientos protectores, resultados opuestos a lo planteado. Se esperaría un comportamiento diferencial según los hábitos de conducción reportados que requiere futuras indagaciones.

En cuanto al seguro vehicular y la escasa distancia entre las medias entre asegurados y no asegurados, consideramos necesario explorar en futuros estudios hipótesis alternativas sobre el significado y la importancia atribuidas a un seguro vehicular en función de las actitudes y los comportamientos protectores y de riesgo. En cuanto a la seguridad, en nuestro estudio, los ítems relacionados con el uso del cinturón, aún fueron agrupados en subfactores, no resultaron significativos, sin embargo, es valioso rescatar esta variable para futuros estudios, ya que, este es un dispositivo de seguridad y su uso se ha legislado.

Es llamativo que a mayor número de infracciones recibidas aumentan los puntajes de variables asociadas con actitudes de riesgo al manejar y comportamientos de riesgos, mientras sucede lo mismo con el aumento de velocidad, a mayor tendencia a aumentar la velocidad aumenta la relación con las actitudes y comportamientos de riesgo estudiados.

Los resultados de las hipótesis señalan asociaciones entre variables respaldadas por análisis de correlación, lo cual muestra que tanto las actitudes como los comportamientos riesgosos se vinculan negativamente. En este sentido, es un acierto continuar explorando este constructo y sugerimos ejecutar estudios causales.

Para cumplir con los objetivos del estudio, el instrumento inicial fue modificado en función de los análisis de validez y confiabilidad efectuados a nivel cualitativo y cuantitativo, de forma tal que esta primera versión puede continuarse aplicando a nivel nacional para avanzar con la validación del instrumento.

Referencias

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Iversen, H. y Rundmo, T. (abril, 2004). Attitudes towards traffic safety, driving behaviour and accident involvement among the norwegian public. *Ergonomics*, 47(5), 555-572. doi: 10.1080/00140130410001658709.
- Iversen, H. (mayo, 2004). Risk-taking attitudes and risky driving behaviour. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 7(3), 135-150. doi: 10.1016/j.trf.2003.11.003
- Lawton, R., Parker, D., Stradling, S. G. y Manstead, A. S. R. (abril, 1997). Self-reported attitude towards speeding and its possible consequences in five different road contexts. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 7(2), 153-165. doi: 10.1002/(SICI)1099-1298(199704)7:2<153::AID-CASP405>3.0.CO;2-B.
- Morales, J. F., Reboloso, E. y Moya, M. (1994). Actitudes. En J. Morales (Coord.), *Psicología Social*. Madrid, España: McGraw Hill.
- Pelsmacker de, P. y Janssens, W. (enero, 2007). The effect of norms, attitudes and habits on speeding behavior: scale development and model building and estimation. *Accident Analysis and Prevention*, 39(1), 6-15.
- Ulleberg, P. y Rundmo, T. (julio, 2002). Risk-taking attitudes among young drivers: the psychometric qualities and dimensionality of an instrument to measure young drivers' risk-taking attitudes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(3), 227-237. doi: 10.1111/1467-9450.00291.
- Yilmaz, V. y Çelik, E. (2006). Risky driving attitudes and self-reported traffic violations among turkish drivers: The case of Eskisehir. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7(1), 127-138.

Dirección General de Policía de Tránsito. Departamento de Operaciones Policiales (2008). *Compendio estadístico en digital sobre accidentes de tránsito, base de datos del año 2007 en Microsoft Excel* (inédito).

Aclaración: En el año 2008, el investigador David Monge generó el anteproyecto de investigación, del cual se desprende el presente artículo. En esta oportunidad, el investigador, a partir de una base de datos de Excel con información del 2007, corrió los análisis de los cuales se desprenden las estadísticas anotadas en la introducción. Lo anterior debido a que, para esa fecha, la Policía de Tránsito no había sistematizado los datos de accidentes de tránsito.

Reconocimientos

El equipo de investigación agradece a las siguientes personas por el apoyo durante la realización del estudio: a los y las estudiantes del año 2008 de la Universidad Católica de Costa Rica de los cursos Investigación IV & V, a la asistente de investigación Ruth Solórzano Conejo. Al bachiller Carlos Brenes, a la Dra. Mónica Salazar, al doctorante Mauricio Leandro y al Dr. Zuckerman. A los oficiales de tránsito que apoyaron la validación de los instrumentos de medición y los conductores que amablemente completaron los cuestionarios.

Recibido 9 de febrero de 2010

Revisión recibida 28 de septiembre de 2011

Aceptado 30 de abril de 2012

Reseña de la autora y del autor

Marjorie Moreno Salas: costarricense, licenciada en Psicología de la Universidad de Costa Rica. Docente investigadora de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Costa Rica y de la Universidad de Costa Rica.

David Monge López: costarricense, licenciado en Psicología de la Universidad de Costa Rica. Doctorando en Comportamiento Animal y Humano de la Universidad Complutense de Madrid, España.

Elementos mediadores de la felicidad y el bienestar subjetivo en hombres y mujeres

Mediator Elements of Happiness and Subjective Well-Being in Men and Women

Rozzana Sánchez Aragón

Universidad Nacional Autónoma de México

Roque Méndez Canales

Texas State University

Resumen

La felicidad se identifica como una emoción básica y como una de las principales metas humanas que acompañan al ser humano por su travesía en la vida. La presente investigación se propuso explorar las diferencias sexuales y las relaciones entre elementos mediadores de la felicidad (cultura, recursos personales, auto-monitoreo, procesos de regulación emocional) y el bienestar subjetivo con la pareja, la familia, los amigos, el trabajo, el autoconcepto y las necesidades básicas. Se trabajó con una muestra no probabilística de $N = 203$ estudiantes universitarios de la Ciudad de México quienes en forma voluntaria respondieron a una batería de pruebas de ejecución, máxima y típica, validada previamente. Los resultados muestran la supremacía de las mujeres en las habilidades emocionales así como en la expresión emocional, mientras lo que predominó en los hombres fue el ejercicio de estrategias de control emocional. Asimismo, se encontraron mayor cantidad de relaciones y estos eran más fuertes entre los elementos mediadores de la felicidad con el bienestar subjetivo de las mujeres en su relación de pareja y autoconcepto, mientras que en los hombres se refleja en su relación con los amigos, principalmente.

Palabras clave: felicidad, diferencias entre hombres y mujeres, expresión, cultura

Abstract

Happiness is considered a basic emotion, and one of the main goals for human lives. The intention of this study was to explore gender differences and relationships among the mediator elements of happiness (culture, personal resources, self-monitoring, emotional regulation processes) and subjective well-being regarding couple relationships, family, friendship, job, self-image, and basic needs. Under study was a non-probabilistic sample of $N = 203$ university students from Mexico City, who voluntarily underwent a battery of previously validated typical and maximum execution psychological tests. Findings showed the supremacy of women with respect to some emotional capabilities and emotional expressions, while what predominated in men was the exercise of emotional control strategies. Also found for women were more numerous relationships, and these were stronger among mediator elements for happiness with subjective well-being regarding their couples relationships and self-image, while for men, subjective well-being correlated mainly with the relationships they had with their friends.

Keywords: happiness, gender differences, expression, culture

Rozzana Sánchez Aragón, Departamento de Psicología Social, Universidad Nacional Autónoma de México.

Roque Méndez Canales, Departamento de Psicología, Texas State University.

Dirigir correspondencia en relación con este artículo a Rozzana Sánchez Aragón, dirección electrónica: rozzara@unam.mx

La felicidad es vista como la aspiración milenaria de la humanidad. Si bien, no hay una definición que satisfaga a todos, su envoltura de deseabilidad social es clara para cualquier ser humano. A Tales de Mileto (624-546 a.C.) es atribuida una de las primeras menciones de este concepto, al que le sigue Demócrito (460?-370 a.C.) quien hizo aportaciones sustanciales sobre la felicidad. Aristóteles (384-322 a.C.), por su parte, planteó que el fin último del ser humano es la felicidad, pero no reducida al placer, los honores o la riqueza, sino como la manera de ser, conforme a ciertos valores propios a cada cultura (Silva-Colmenares, 2008).

Dada la trascendencia de la felicidad en la vida del ser humano y tomando en consideración los elementos mediadores de su experiencia, el presente estudio tiene por objetivo explorar: (a) las diferencias entre hombres y mujeres en torno a las premisas histórico-socio-culturales de la expresión emocional de la felicidad, (b) los recursos personales del individuo (percepción, expresión, entendimiento de la felicidad y automonitoreo), (c) los procesos de regulación emocional, sus estrategias y la autoeficacia y utilidad percibidas ante la ejecución de estas tácticas, y (d) el bienestar subjetivo, para (e) identificar la relación entre los constructos mencionados y el bienestar subjetivo en forma separada para mujeres y hombres.

Para dar sentido a estos planteamientos, se abordó literatura que da sustento teórico y empírico a las variables involucradas en este estudio.

¿Qué es la felicidad?

En muchas ocasiones, la felicidad es sencillamente concebida como una experiencia de la vida cotidiana de carácter superficial o trivial, sin embargo, merece mayor atención ya que, a partir de su experiencia, los seres humanos pueden sentirse motivados, valiosos, capaces de enfrentar dificultades, tener metas, etc. De esta manera, la felicidad ha sido concebida como

1. Una experiencia interna positiva que incluye: una emoción placentera, satisfacción de vida, la ausencia de emociones negativas o estrés psicológico (Andrews y Withey, 1976), auto-realización y crecimiento personal (Ryff, 1989).

2. El grado en el cual un individuo juzga, en general, a la calidad de su vida en forma favorable y que, a la larga, se cristaliza en un punto de vista estable, así, se puede ver a la felicidad como una actitud hacia la vida (Veenhoven, 1991).

3. Cualquier cosa positiva y buena en la vida como la paz, longevidad, prosperidad, salud, virtud y muerte cómoda, que integre abundancia material, salud física, vida virtuosa y pacífica y alivio de la ansiedad ante la muerte (Xin hua, 1987; Wu, 1991 en Lu y Shih, 1997).

4. Un estado mental basado en sensaciones placenteras, que modula, de manera agradable y positiva, la recepción y la interpretación de los impulsos recibidos del medio ambiente, su almacenaje en la memoria y los procesos receptores corporales, dándole de esta manera un matiz cognoscitivo o racional a la felicidad (Delgado, 1999). En congruencia, y desde lo cognoscitivo, Argyle (2001) dice que la felicidad es capaz de producir pensamientos positivos, así como un mayor recuerdo de acontecimientos felices, mayor creatividad en la solución de problemas y una evaluación más positiva de las cosas.

5. Una emoción puramente placentera que brinda un sentimiento de tranquilidad, optimismo, exaltación y plenitud. Sus pensamientos oscilan en lo positivo de la emoción y se tornan rumiantes, para así lograr prolongar sus sensaciones y percepción, facilitando con ello la idea del “ser afortunado” al “ser feliz”. Además, esta emoción se vincula con la ejecución de actividades que la realzan y que son facilitadas por la energía que se tiene al compartir, cantar, platicar, ser mejor persona, etc. (Carrasco Chávez y Sánchez Aragón, 2008a).

6. Un grupo de sentimientos positivos asociados con infiltrados y entretejidos en patrones armoniosos de relaciones sociales (Niiya, Ellsworth y Yamaguchi, 2006).

Así, la emoción de la felicidad comprende una experiencia o estado mental positivo del individuo que surge ante una estimulación (a) interna (p.ej., evaluación de las propias sensaciones y de la propia vida o una actitud ante lo que vive la persona) o (b) externa (todo lo involucrado en la interacción con otros o abundancia material), y que produce pensamientos y sentimientos positivos que fortalecen al individuo para un mayor crecimiento personal, creatividad, optimismo, con más deseos de compartir, sentirse pleno y, a la vez, un mejor ser humano. Pero, para que se dé esta experiencia, hay una serie de elementos cuyo papel define los matices de la emoción, su intensidad y construcción, a saber: (a) aspectos propios del nicho donde el individuo nace y crece, (b) los rasgos y capacidades que desarrolla a partir de su temperamento y los cuales fortalece con el aprendizaje, (c) las formas en que la persona procesa a nivel cognoscitivo o reacciona ante un evento evocador de la emoción y (d) la percepción de auto-eficacia y utilidad ante las tácticas o estrategias usadas para responder al estímulo.

Cultura

Definido en una forma general, la felicidad es probablemente universal y, más o menos igualmente evaluada a través de las culturas, específicamente, prefiriendo lo placentero de lo que no lo es (Ryff y Keyes, 1995). Sin embargo, es probable que, exactamente, lo que constituye lo “bueno” y “valioso” cambie sustancialmente a través de las culturas (Kitayama y Markus, 2000) y

como consecuencia, habrá variaciones en la forma de conceptualizar la felicidad, las motivaciones para sentirla y sus predictores.

Un ejemplo de estas variaciones es determinado por Markus y Kitayama (2004) quienes, al reconocer lo que a las culturas europeo-americanas distingue de las culturas asiáticas (las cuales a su vez pueden variar en su interior¹), señalan que, específicamente, en las primeras, la felicidad depende críticamente de la afirmación de los atributos positivos del yo y en la cual la felicidad es un atributo interno que se evidencia en un logro personal; así los factores que se correlacionan con esta emoción son la realización personal y la autoestima (Uchida, Norasakkunkit y Kitayama, 2004; Kitayama, Park, Sevincer, Karasawa y Uskul, 2009). En las segundas, dada la premisa acerca de la conexión e interdependencia del yo con los otros, la felicidad depende en forma crucial de la realización de relaciones sociales positivas o armonía social, que se ve en peligro cuando la felicidad cumple un objetivo únicamente individual. En este sentido, el papel del apoyo social juega un importante determinante de la felicidad, pues implica vinculación con otros, o bien, una felicidad interpersonal (Kitayama et al., 2009).

Al medir la intensidad de las emociones placenteras y displacenteras, Bagozzi, Wong y Yi (1999) encontraron que, mientras los estadounidenses experimentaban estas emociones como polos opuestos, los chinos y los coreanos (culturas colectivistas) las experimentaban al mismo tiempo. En congruencia, Kitayama, Markus y Kurokawa (2000) especulan que las culturas independientes están motivadas a maximizar las emociones positivas y minimizar las negativas, mientras que las culturas interdependientes están motivadas a mantener un balance entre la positividad y la negatividad.

Por su parte, Safdar, Friedlmeier, Matsumoto, Yoo, Kwantes, Kakai y Shigemasu (2009) indican que las culturas colectivistas parecen ser menos restrictivas al respecto de las emociones positivas, pero pueden ser evaluadas como indeseables. Por ejemplo, Eid y Diener (2001) encontraron que los chinos expresaron menos frecuencia e intensidad en todas las emociones positivas, incluyendo la felicidad, comparados con los australianos y estadounidenses. Bajo esta luz y en el escenario de la cultura mexicana como cultura colectivista con una influencia importante de corte religioso, la felicidad está condicionada al grupo y a la armonía que se desea conservar con él. Como el Dalai Lama señala: “la mayor parte de nuestra felicidad surge en el contexto de nuestra relación con otros” (p. 441, Uchida y Kitayama, 2009).

Aunque se ha reconocido que esta emoción, también, proviene de las relaciones familiares del individuo, su situación financiera, su trabajo, su comunidad y amigos, su salud, libertad personal

¹ Triandis (1994), por su parte, nombra las primeras como culturas individualistas y a las segundas culturas colectivistas, terminología que permite una inclusión de culturas como la mexicana.

y valores personales (Layard, 2005), en consonancia, Mesquita y Albert (2010) indican que la expresión emocional se ve mediatizada por la cultura al proporcionar oportunidades específicas para experimentar determinadas emociones y al dotar de significado a esas experiencias.

Así, la cultura regula la expresión y experiencia emocional de la felicidad y de otras emociones desde la propia concepción del individuo y por toda su vida. Pero, ¿cuáles otros factores colaboran en la forma de vivir la felicidad? Uno, sin duda importante, se conforma por características propias del sujeto, en donde, a partir de lo heredado, se funda una habilidad y un rasgo.

Recursos personales

En este rubro, Sánchez Aragón, Carrasco Chávez y Retana Franco (2010) encontraron que aspectos como (a) la percepción, (b) la expresión y (c) el entendimiento emocional como capacidades, y (d) el auto-monitoreo como rasgo de personalidad, se encuentran significativamente involucrados en la vivencia y expresión de la felicidad.

La *percepción emocional* es definida como la forma elemental y básica del conocimiento de una emoción, que implica procesos cognoscitivos como el pensar, recordar e imaginar (Young, 1979). No obstante, a esta visión general, Sánchez Aragón et al. (2010) reconocieron dos subhabilidades para (a) identificar emociones en el propio estado físico y psicológico y para (b) reconocer la emoción en otras personas. Estas subhabilidades fueron operacionalizadas en México y los resultados reflejaron que la felicidad como emoción fue la más fácilmente identificada en forma correcta tanto en la propia experiencia como en los rostros de hombres y mujeres.

Por su parte, la *expresión emocional* se basa y se combina con la percepción en el contexto de la interacción social, ya que la discriminación de los estados emocionales se hace a través del componente expresivo, el cual constituye una fuente de señales a los demás (Fridlund, 1997).

Para la expresión emocional se reconocen tres destrezas: (a) expresar las emociones de forma precisa, (b) el nivel de su intensidad (o expresividad) y (c) el engancharse, prolongar o deshacerse de un estado emocional. Las primeras dos fueron objeto de medición por Martínez Pérez y Sánchez Aragón (2008), en las que, por medio de seis pruebas de ejecución máxima y típica, encontraron que la felicidad se puede medir por medio de la expresión del rostro fotografiado y por medio del dibujo, en forma confiable. Asimismo, las autoras, entre otros hallazgos, identificaron un factor en la expresión emocional en donde la felicidad se une al amor, y que implica el parecido de ambas emociones en su experiencia.

En lo que respecta al *entendimiento emocional*, Extrema-Pacheco y Fernández-Berrocal (2002) señalan que, para tener esta habilidad, se requiere que el ser humano aprenda de sí

mismo, de sus necesidades y deseos, (a) qué cosas, personas o situaciones causan determinados sentimientos, (b) qué pensamientos generan tales emociones, (c) de qué manera le afectan y (d) qué consecuencias y reacciones le provocan. La literatura identifica tres subcapacidades de entendimiento emocional, que implican comprender (a) el contexto ideal de expresión de cada emoción, (b) causas y consecuencias de cada emoción y (c) emociones complejas y contradictorias. En este tópico, y retomando estas habilidades, Sánchez Aragón, Retana Franco y Carrasco Chávez (2008) crearon una prueba de ejecución máxima de entendimiento emocional, cuyos hallazgos en torno a la felicidad muestran que justamente esta emoción es una de las dos emociones más respondidas en forma correcta por los y las participantes.

También, los rasgos particulares de las personas mediatizan la experiencia emocional. Uno de estos rasgos es el *auto-monitoreo* y se refiere a la habilidad de la persona a ajustar su conducta a las situaciones externas como producto de una emoción o una expresión emocional de un interlocutor, de tal suerte que, cuando un individuo puntúa alto en auto-monitoreo, muestra (a) una considerable adaptabilidad de su conducta, (b) es muy sensible a las claves externas, (c) puede comportarse en forma no sistemática en diferentes situaciones y (d) es capaz de presentar notables contradicciones entre su persona pública y su yo privado (Robbins, 1993). Como puede observarse, esta característica tiene un alto valor en el control vs. la expresión de cualquier emoción, incluida la felicidad, en un contexto social.

Procesos cognoscitivos y estrategias de regulación emocional

En el 2007, Gross y Thompson propusieron una serie de cinco procesos cognitivo-conductuales: (a) selección de la situación, (b) modificación de la situación, (c) desplazamiento de atención, (d) cambio cognoscitivo y (e) modulación de la respuesta, que se generan en el individuo a partir de su apreciación de un evento desencadenador de emoción y que estos cinco procesos corresponden a ciertas estrategias encaminadas a lidiar con este evento y su definición depende del tipo de emoción que se esté experimentando, pues toda reacción depende del tipo de estímulo percibido.

Tomando en cuenta la propuesta de Gross y Thompson (2007), Carrasco Chávez y Sánchez Aragón (2008b) operacionalizaron estos procesos en el contexto de la felicidad y lograron identificar que una primera respuesta dentro de un primer proceso de *selección de la situación* es que las personas tendían a *alejarse* de la situación desencadenadora de la emoción. Para un segundo proceso, denominado *modificación de la situación*, notaron que las personas buscaban cambiar la situación y respondieron en formas incongruentes a lo que estaban viviendo. Para un tercer proceso, llamado *despliegue de atención*, encontraron tres estrategias principales: la

distracción, la concentración y la negación, que fueron identificadas en el caso de la felicidad, y es más predominante la respuesta de la concentración, seguida por la distracción y, por último, la negación. Y, finalmente, el proceso de *modulación de la respuesta*, que plasmó la existencia de seis factores en la respuesta del individuo ante la emoción: (a) ocuparse en algo, (b) mostrarse extrovertido ante la emoción, (c) reflexionar, (d) disimular un poco su sentir, (e) expresarse en forma abierta y (f) ponerse ansioso.

Todas estas tendencias de acción se ven comprendidas, según Gross y Levenson (1993), en dos estrategias generales de la regulación emocional (RE): la reapreciación cognoscitiva (RC) y la supresión expresiva (SE). La primera (RC) se refiere a la reconstrucción de una situación potencialmente elicitadora de emoción, de tal forma que modifica su impacto emocional, y la segunda (SE), a la inhibición de conductas expresivas de la emoción.

Al ser medidas estas estrategias por Sánchez Aragón y López Becerra (2008), se obtuvieron varios factores, de los cuales el último fue denominado *control de la felicidad*. Este factor versa sobre la aplicación de la RC y la SE en forma simultánea para lograr modular exitosamente a la felicidad. Con base en lo anterior, se puede concluir que la felicidad para los mexicanos provocó, paradójicamente, respuestas de alejamiento, búsqueda de cambio, distracción, reflexión y control.

Percepción de autoeficacia y utilidad

En este escenario, la autoeficacia (Bandura, 2006) está en función de la creencia de que, al utilizar ciertas estrategias ante la felicidad, la persona resulta competente en su ejecución. La autoeficacia implica (a) la estimación personal sobre cuál es el mejor rendimiento posible en un momento o circunstancia, (b) la confianza en sí mismo y (c) los recursos para resolver una situación concreta o para ser aplicados en otra situación. Para medir la autoeficacia en el contexto de la cultura mexicana, Sánchez Aragón, Díaz Loving y López Becerra (2008) obtuvieron, entre otros, un factor SE del amor y de la felicidad. Pero, no solo la creencia de autoeficacia impacta, sino la percepción de que la estrategia utilizada ha sido útil, es decir, que resultó ventajoso su uso en la solución de la situación (*utilidad instrumental*) y que le hizo armonizar con la persona que colaboró con que el individuo sintiera felicidad -si es que alguien está involucrado- (*utilidad expresiva*).

Felicidad y diferencias entre hombres y mujeres

Uno de los hallazgos empíricos más consistentes en la literatura actual sobre diferencias entre hombres y mujeres tiene que ver con que la expresividad emocional haya sido evaluado por medio de auto-reportes, estudios observacionales o relativos a creencias y estereotipos. De hecho, en las culturas occidentales se cree que las mujeres son más expresivas emocionalmente que los hombres,

específicamente, se espera que sonrían más y que muestren más tristeza, miedo y culpa (Hess, Senécal, Kirouac, Herrera, Philippot y Kleck, 2000). En contraste, se cree que los hombres exhiben más emoción sólo cuando están enojados y físicamente agresivos (Fischer, 1993). En congruencia, se han revelado resultados que muestran que, efectivamente, las mujeres experimentan, tanto los afectos positivos (p.ej., felicidad) como negativos (p.ej., depresión) con mayor intensidad que los hombres (Argyle, 2001). Además, algunos estudios sobre los niveles de felicidad han reportado pocas o ninguna diferencia entre hombres y mujeres (Fujita, Diener y Sandvik, 1991). En su caso, Safdar et al. (2009) encontraron que los hombres piensan que deben expresar emociones de poder, como el enojo, el desprecio y el disgusto, más que las mujeres, y estas creen que deben expresar más felicidad, tristeza y miedo que los hombres, lo cual han encontrado congruente con los estereotipos que se tienen sobre cada uno de los sexos.

Felicidad y bienestar subjetivo

El bienestar es, quizá, el concepto central de la tradición subjetiva de la felicidad y es, según Diener y Lucas (1999), una noción general de (a) apreciación y pensamiento acerca de la calidad o satisfacción con la propia vida, (b) sentimientos positivos y (c) ausencia de negativos. El primer componente de esta visión es un juicio cognoscitivo acerca de la vida personal, mientras que los siguientes dos componentes son sentimientos que comprenden a la felicidad a nivel de la experiencia. El bienestar es subjetivo, porque implica que los individuos son capaces de juzgar cómo se sienten con respecto a sus vidas y de acuerdo a lo que ellos, por sí mismos, consideran que es importante para su felicidad. Es crucial señalar que la felicidad, al nivel de la experiencia, es tomada solo como una parte que compone al bienestar y es aportada por la aprobación, activa y reflexiva, y denominada en ocasiones como satisfacción de vida. El bienestar subjetivo, entonces, abarca a la felicidad como experiencia y como actitud (Alexandrova, 2005).

Así, desde este punto de vista, la felicidad tiene el potencial de impactar en la percepción del bienestar subjetivo del individuo, de igual forma como los elementos mediadores de su experiencia, a saber: la cultura, los recursos personales, los procesos cognoscitivos, la percepción de eficacia y utilidad, así como el pertenecer al grupo de hombres o de mujeres.

Método

Muestra

En el presente estudio se trabajó con una muestra no probabilística por cuota de sujetos voluntarios que consistió en $N = 203$ estudiantes universitarias de la Ciudad de México entre 17 y 52 años, de los cuales 101 fueron mujeres y 102 hombres con escolaridad de licenciatura (76,4%),

posgrado (22,7%) y preparatoria (1%). Los participantes a esta investigación fueron contactados en distintos espacios académicos (salones y oficinas) al solicitarles su colaboración voluntaria, confidencial y anónima, al respecto de la manera en la cual las personas son o reaccionan ante eventos que les producen felicidad.

Instrumentos

Para poder llevar a cabo esta investigación, se utilizaron diez instrumentos diseñados, exclusivamente, para medir las variables intercesoras de la experiencia de la felicidad, o bien, las que evalúan varias emociones y en cuyo caso se eligieron para los análisis, únicamente, los reactivos o factores vinculados a la felicidad. No obstante, se describirán los instrumentos en su totalidad:

1. *Inventario de premisas histórico-socio-culturales de la expresión emocional de la felicidad* (PHSCEEF, Sánchez Aragón y Díaz Loving, 2009), es un instrumento que consta de 18 formas, en las cuales el participante considera, cómo las personas deben reaccionar cuando sienten felicidad. Las oraciones del inventario se distribuyen en cuatro dimensiones: (a) *expresión social* ($\alpha = .80$) con reactivos como *sonreír*, *compartir con los demás* y *decirlo*, (b) *disfrute* ($\alpha = .77$) que incluye *sentirse motivado*, *hacer las cosas con seguridad* y *estar de buen humor*, (c) *conservar la experiencia* ($\alpha = .74$) que comprende las formas de *procurar que perdure lo que se siente* y (d) *autenticidad* ($\alpha = .60$) que tiene afirmaciones como: *expresarla a su manera* y *mostrarse tal como es*.

2. *Prueba de percepción emocional* (Sánchez Aragón et al., 2010), consta de dos secciones que evalúan la *auto-percepción* de cinco emociones básicas (felicidad, amor, enojo, tristeza y miedo) a través de viñetas auto-descriptoras, y la *percepción* de las emociones en otras viñetas, que se miden a través de cinco fotografías de hombres y cinco de mujeres. En ambas secciones, cada reactivo es evaluado en forma *correcta* o *incorrecta*.

3. *Evaluación multimétodo de expresión emocional-pictórica* (EMEE-P, Martínez Pérez y Sánchez Aragón, 2008), consta de varias subescalas encaminadas a evaluar: (a) la *capacidad de expresión emocional* de cinco emociones básicas a través de dibujos, (b) la *intensidad* de la emoción operacionalizada por cuatro factores (amor/felicidad, enojo, miedo y tristeza), cuya forma de respuesta es pictórica (rostros de distintos niveles de expresión de la emoción involucrada en la oración) y cuyos coeficientes de confiabilidad oscilan entre $\alpha = .60$ y $.77$ y (c) tres pequeñas escalas con formato de respuesta tipo Likert, que estiman, *cuánto otras personas notan* que el participante siente las emociones básicas, *cuán intensa* sienten la experiencia, y *cuánto le dura* en la memoria el recuerdo del evento desencadenador de la emoción.

4. *Prueba de entendimiento emocional* (Sánchez Aragón et al., 2008) incluye la medición de tres habilidades: (a) conocimiento de *contextos ideales de expresión* de las cinco emociones básicas, (b) *identificación de las causas y consecuencias* de cada una de éstas y (c) la definición de *situaciones* donde se experimentan *emociones mezcladas*. Su forma de medición es *correcta o incorrecta*.

5. *Escala de auto-monitoreo* (A-M, Sánchez Aragón, 2008), está compuesta de 17 reactivos en formato tipo Likert de respuesta y dirigidos a la medición de dos factores: (a) *creencias y aptitudes sociales* (“*Me preocupan mucho la manera en la que los demás interpretan mis reacciones*”) y (b) *auto-monitoreo* (“*Soy muy observador/a de la manera en que se desenvuelven las cosas y eso me ayuda a conducirme apropiadamente*”), con coeficientes alpha de Cronbach moderados a bajos (alrededor de .65).

6. *Escala de estrategias de regulación emocional* (EERE, Sánchez Aragón y López Becerra, 2008), está compuesta de dos secciones: la primera evalúa *estrategias rasgo* (EERE-R) por medio de nueve reactivos (cinco para la *supresión expresiva*, SE y cuatro para la *reapreciación cognoscitiva*, RC, p. ej.: *Pienso antes de reaccionar y me doy cuenta de que lo resuelvo mejor y Hago un gran esfuerzo para no expresar lo que estoy sintiendo*), la segunda sección evalúa *estrategias estado* (EERE-E) a través de 26 afirmaciones distribuidas en cuatro factores: (a) *RC del miedo y de la tristeza* con reactivos como: *En una situación de miedo, antes de correr, evalúo si la fuente es realmente amenazante* ($\alpha = .80$), (b) *SE del amor* con oraciones como: *Cuando siento amor, trato por todos los medios de que no se note* ($\alpha = .81$), (c) *control del enojo* operacionalizado con frases tales como *Cuando me enojo trato de dominar mi emoción* ($\alpha = .82$) y (d) *control de la felicidad* con ítems como: *Cuando me siento muy feliz, procuro ocultarlo* ($\alpha = .75$).

7. *Estimación cognoscitiva de la regulación emocional para la felicidad* (ECREF, Carrasco Chávez y Sánchez Aragón, 2008b), el instrumento operacionalizado en 49 reactivos tipo Likert de cada uno de los cinco procesos de regulación emocional de Gross y Thompson (2007) al respecto de la felicidad. Al validar psicométricamente las medidas de cada proceso, se obtuvieron factores específicos: para el proceso *selección de la situación*, se obtuvo un factor llamado *alejamiento* con reactivos como *Me aparto de este contexto*, para el proceso *modificación de la situación*, se identificó, al igual, un factor *alejamiento* con reactivos, como *Cambio mi actitud para cambiar la situación*, y otro factor que se llama *respuesta incongruente* con ítems como: *Respondo en forma ilógica a lo que se espera*. En el caso del proceso *desplazamiento de atención*, se identificaron tres factores: (a) *concentración* con oraciones como *Me concentro en las sensaciones que me despiertan*, (b) *distracción* con afirmaciones como *Me enfoco a otra cosa* y (e) *negación* que contiene reactivos como *Me cubro los ojos para no ver lo que pasa*. Y, por último,

el proceso *modulación de la respuesta* con seis factores: (a) *ocupacional* con oraciones como: *Veo tv*, (b) *extroversión* con reactivos como *Me comporto más expresivo*, (c) *reflexionar* con enunciados como *Pienso en la causa*, (d) *introversión* con oraciones como: *Suelo ensimismarme*, (e) *expresión abierta* con reactivos como: *Grito* y (f) *ansiedad* con ítems como: *Me pongo nervioso*.

8. *Escala de autoeficacia en el ejercicio de las estrategias de regulación emocional* (Sánchez Aragón et al., 2008), que está basada en la *Escala de estrategias de regulación emocional*, porque, según la literatura sobre autoeficacia es necesario que ésta tenga un contexto en el cual el individuo es autoeficaz y dado que se deseaba tener una medida sobre auto-eficacia en el ejercicio de las estrategias de regulación emocional, se tomó la escala de Sánchez Aragón y López Becerra (2008) que incluye una sección *rasgo* y otra *estado*. El formato de respuesta se refiere a los niveles de *autoeficacia percibida*. En la sección *rasgo* se obtuvieron dos factores de tres reactivos cada uno: RC ($\alpha = .84$) y SE ($\alpha = .71$). En la sección *estado* que consta de 18 reactivos, se obtuvieron los siguientes factores: (a) SE del *amor y la felicidad* (p.ej., *Procuro ser reservado en mi expresión de felicidad*), (b) SE del *control/descontrol del miedo* (*Cuando estoy asustado, trato de vencer el miedo*), (c) RC del *enojo* (*Al enfadarme, primero, pienso bien las cosas, y luego, reacciono*), (d) RC de la *tristeza* (*Cuando empiezo a sentir tristeza, recapacito y analizo lo que pasa*), (e) SE de la *tristeza* (*Si siento tristeza, guardo la experiencia solo para mí*) y (f) SE del *descontrol* (*Cuando me enamoro, no pienso, sólo siento*) con coeficientes α entre .66 y .79.

9. *Indicadores de utilidad* (Sánchez Aragón et al., 2010), es la estimación de cuán útil fue para el individuo el uso de las estrategias para resolver una situación (instrumental), cuánto afectó positivamente su relación con quien le provocó la emoción (afectiva) y cuán satisfecho se sintió (satisfacción). En estas preguntas, los participantes respondieron en un formato tipo Likert de cinco puntos.

10. *Escala de bienestar subjetivo* (Murrieta Sánchez, 2004), consta de 50 reactivos (en su versión corta) y evalúa qué tan a gusto o feliz se encuentra el individuo en el área personal, interpersonal y laboral. Su validez se obtuvo a través del análisis factorial que ofreció diez factores que resultaron en fuerte congruencia conceptual con la literatura especializada al respecto y mostró coeficientes de estabilidad robustos (.67 a .95), de los cuales solo seis de los diez fueron incluidos en esta investigación por ser los más vinculados a la vida personal e interpersonal del individuo: *familia, pareja, amigos, necesidades básicas, auto-concepto y satisfacción con el trabajo*. El formato del instrumento incluye el estímulo al cual el sujeto responde con: *Me siento...* en términos de grados de bienestar a cada una de las oraciones, p.ej., con respecto a *el cariño que expreso a mi pareja, la atención que le brindo a mi pareja, el respeto que me brinda mi pareja, mi relación de pareja o las actividades que comparto con mi pareja*.

Procedimiento de análisis de resultados

Inicialmente, se realizaron análisis de confiabilidad Alpha de Cronbach para los instrumentos utilizados con el propósito de conocer su consistencia interna. Acto seguido, y con el fin de conocer las diferencias sexuales en torno a las variables de estudio, se llevaron a cabo pruebas *t* de Student. Cabe señalar que en el caso de las variables con nivel de medición nominal u ordinal (como algunos de los recursos personales (percepción, expresión, entendimiento de la felicidad y automonitoreo) se aplicó la prueba de chi-cuadrado (X^2), y, finalmente, se procedió a descubrir las relaciones entre las variables por medio de la correlación producto-momento de Pearson.

Resultados

Al explorar la confiabilidad de los instrumentos, se encontraron coeficientes moderados a robustos para cada escala ($\alpha = .65$ a $.95$). En términos de los objetivos planteados, se exploraron las diferencias entre hombres y mujeres al respecto de las variables en estudio. En el caso de las habilidades de *auto-percepción* (Prueba de percepción emocional), *expresión* por medio de dibujo (Evaluación multimétodo de expresión emocional), los *contextos ideales de expresión*, *causas y consecuencias* de la felicidad y comprensión de *emociones mezcladas*, (Prueba de entendimiento emocional) se realizaron análisis de chi-cuadrado, que indicaron discrepancias entre los sexos en torno a, únicamente, las *causas y consecuencias* de la felicidad, $X^2(2, N = 203) = 7.012, p = .03$, notándose que son, en nuestro estudio, las mujeres quienes reconocían más lo que desencadenó la emoción y sus efectos, hecho que se muestra en mayor número de aciertos (ver tabla 1).

Tabla 1

Entendimiento de causas y consecuencias de la felicidad: hombres vs. mujeres

| Sexo | Entendimiento causa-consecuencia de la felicidad | | |
|--------|--|-----------|------------|
| | Errores | 1 acierto | 2 aciertos |
| Hombre | 11 | 63* | 28 |
| Mujer | 1 | 64* | 36 |

Nota: $N = 203$, $*p = .03$, $X^2 = 7.012$, grados de libertad $gl = 2$. Resultados de la Prueba de entendimiento emocional (Sánchez Aragón et al., 2008)

En cuanto a las variables medidas en los *auto-reporte* (Inventario de Premisas Histórico-Socio-Culturales de la Expresión Emocional de la Felicidad, Escala de Auto-Monitoreo, Escala de Estrategias de Regulación Emocional, Estimación Cognoscitiva de la Regulación Emocional para la Felicidad, Escala de Auto-Eficacia en el Ejercicio de las Estrategias de Regulación Emocional, Indicadores de Utilidad, Escala de Bienestar Subjetivo), las pruebas *t* mostraron que

son, nuevamente, las mujeres quienes se apegaron más a las creencias de que la felicidad debe ser expresada ($M = 4.10$, $DE = 0.76$) en comparación con los varones ($M = 3.88$, $DE = 0.65$), $t(102) = 2.17$, $p = .031$; 95% IC = 0.02, 0.41 y que son más extrovertidas ($M = 3.59$, $DE = 0.84$); $t(102) = 2.88$, $p = .004$; 95% IC = 0.01, 0.36, principalmente con los amigos, lo que les provee de mayor bienestar subjetivo en esta relación ($M = 4.29$, $DE = 0.58$) en comparación con los hombres ($M = 4.04$, $DE = 0.79$), $t(102) = 2.55$, $p = .012$; 95% IC = 0.06, 0.44.

Por su parte, los varones mostraron supremacía en el control, es decir, puntaje bajo en el factor de expresión de felicidad (Evaluación Multimétodo de Expresión Emocional- pictórica), $M = 3.02$, $DE = .62$, $t(102) = 2.14$, $p = .033$; 95% IC = 0.12, 0.64, puntajes altos en la *supresión expresiva y reapreciación cognoscitiva rasgo* (Escala de Estrategias de Regulación Emocional), $M = 2.95$, $DE = 0.97$ y $M = 3.44$, $DE = 0.75$, $t(102) = -3.83$ y -4.03 , respectivamente, $p = .000$; 95% IC = -0.73, -0.23 y -0.66, -0.23, en comparación con las mujeres $M = 3.21$, $DE = 0.62$ y $M = 2.47$, $DE = 0.82$ y $M = 3.0$, $DE = 0.81$, ver tabla 2.

Tabla 2

Pruebas t de los auto-reportes para hombres y mujeres

| Escala | Autoreportes | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|----------------|----------|
| | Hombres | | Mujeres | | <i>t</i> (203) | <i>p</i> |
| | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>M</i> | <i>DE</i> | | |
| | (<i>n</i> = 102) | | (<i>n</i> = 101) | | | |
| Variable | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>t</i> (203) | <i>p</i> |
| PHSCEEF | | | | | | |
| Expresión social | 3.88 | 0.65 | 4.10 | 0.76 | 2.174 | .031 |
| EMEE-P | | | | | | |
| Expresión felicidad | 3.02 | 0.62 | 3.21 | 0.62 | 2.142 | .033 |
| EERE-R | | | | | | |
| SE-rasgo | 2.95 | 0.97 | 2.47 | 0.83 | -3.829 | .000 |
| RC-rasgo | 3.44 | 0.75 | 3.00 | 0.81 | -4.027 | .000 |
| ECREF | | | | | | |
| Alejamiento | 1.58 | 0.86 | 1.31 | 0.71 | -2.453 | .015 |
| Modificación de situación | 1.99 | 0.79 | 1.70 | 0.65 | -2.878 | .004 |
| Respuesta incongruente | 2.17 | 0.86 | 1.86 | 0.71 | -2.823 | .005 |
| Negación | 1.66 | 0.75 | 1.40 | 0.61 | -2.634 | .009 |
| Extroversión | 3.21 | 1.03 | 3.59 | 0.84 | 2.880 | .004 |
| Escala auto-eficacia | | | | | | |
| SE-rasgo | 3.27 | 0.83 | 2.94 | 0.86 | -2.787 | .006 |
| Escala bienestar subjetivo | | | | | | |
| Con amigos | 4.04 | 0.79 | 4.29 | 0.58 | 2.548 | .012 |

Nota: PHSCEEF = Inventario de premisas histórico-socio-culturales de expresión emocional de la felicidad, EMEE-P = Evaluación multimétodo de expresión emocional-pictórica, EERE-R = Escala de estrategias de regulación emocional-rasgo, ECREF = Estimación cognoscitiva de la regulación emocional para la felicidad. SE = supresión expresiva, RC = reapreciación cognoscitiva.

Posteriormente, se examinaron las relaciones entre las variables observando que el patrón de correlación muestra efectos diferenciales visibles entre mujeres y hombres.

En general, puede decirse que el bienestar subjetivo de la muestra en estudio, se ve determinada –aunque con un patrón distinto en cada sexo- por los diversos indicadores de felicidad evaluados (ver tablas 3 y 4). Así, en la medida en que la mujer piensa que los otros fácilmente notan en ella cuando siente felicidad ($r = .33, p < .01$), cuando esta emoción dura más en su mente ($r = .34, p < .01$), cuando es auténtica ($r = .29, p < .01$) y se siente eficaz al expresarse ($r = .28, p < .01$) y reapreciar la emoción que experimenta intensamente ($r = .24, p < .05$), entonces se siente con más bienestar subjetivo con respecto a su relación de pareja (ver tabla 3).

En cuanto al bienestar (Escala de Bienestar Subjetivo) que la mujer siente con sus amistades, se observa que guarda relación con el ser auténtica ($r = .28, p < .01$) (Escala de Auto-Monitoreo) y expresiva ($r = .22, p < .05$) hasta el punto que los otros lo noten ($r = .27, p < .01$), que no actúe de manera en que le dé gusto a los demás ($r = -.26, p < .01$), que recuerde más la emoción experimentada, aunque la oculte ligeramente (ver tabla 3).

En lo tocante al bienestar consigo misma (autoconcepto, factor de la Escala de Bienestar Subjetivo), se evidencia que en la medida en que la mujer se siente eficaz en su manejo emocional ($r = .38, p < .01$), su experiencia de felicidad es intensa ($r = .37, p < .01$) y la vive en forma auténtica ($r = .29, p < .01$) y abierta ($r = -.26, p < .05$), realiza cierto control ($r = .27, p < .01$), percibe que su emoción es notada por otros ($r = .20, p < .05$) y le dura más tiempo en la memoria ($r = .19, p < .05$), su bienestar subjetivo en torno a su auto-percepción se ve incrementado. Pero, cuando la persona se expresa en forma “apropiada” y no natural ($r = -.26, p < .01$), esto afecta negativamente su satisfacción personal (ver tabla 3).

Por último, en la medida en que la mujer vive intensamente su felicidad ($r = .29, p < .01$), es auténtica ($r = -.29, p < .01$), controla ligeramente su felicidad ($r = .25, p < .05$), conoce la expresión de esta ($r = .23, p < .05$) y se siente autoeficaz en su forma de regular sus emociones ($r = .21, p < .05$) se percibe con mayor bienestar en lo laboral (ver tabla 3).

Tabla 3

Correlaciones para mujeres entre bienestar subjetivo y otras variables (n = 101)

| Escala Variable | Escala de bienestar subjetivo con | | | | | | M | DE |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------|---------|---------------------|---------------|---------|------|------|
| | Familia | Pareja | Amigo | Necesidades básicas | Auto-concepto | Trabajo | | |
| PHSCEEF | | | | | | | | |
| Conservar experiencia | - | - | .206* | - | - | - | 4.06 | 0.86 |
| Autenticidad | - | - | .216* | - | .239* | - | 4.25 | 0.71 |
| EMEE | | | | | | | | |
| Dibujo-expresión de felicidad | - | -.252** | - | - | - | .226* | - | - |
| EMEE-P | | | | | | | | |
| Otros notan tu felicidad | - | .336** | .270** | - | .203* | - | 4.34 | 0.77 |
| Duración felicidad | - | .333** | .247* | - | .199* | - | 4.81 | 1.62 |
| Intensidad felicidad | - | .235** | - | - | .373** | .292** | 3.59 | 0.71 |
| A-M | | | | | | | | |
| Creencias y aptitudes sociales | - | .299** | .277** | - | .292** | - | 4.43 | 0.60 |
| Auto-monitoreo | - | - | -.258** | - | -.256** | -.291** | 3.29 | 0.69 |
| ECREF | | | | | | | | |
| Introversión | -.259* | - | - | -.207* | -.255* | - | 2.22 | 0.81 |
| EERE-E | | | | | | | | |
| Control de felicidad | - | - | .236* | - | .273** | .248* | 3.44 | 0.54 |
| Escala auto-eficacia | | | | | | | | |
| RC-rasgo | - | .239* | - | .207* | .380** | .206* | 3.51 | 0.88 |
| Expresión abierta | - | .282** | - | - | .220* | - | 3.31 | 0.92 |
| Indicadores de utilidad | | | | | | | | |
| Expresiva | .266* | - | - | - | - | - | 3.62 | 1.23 |
| M | 4.05 | 3.62 | 4.29 | 3.66 | 4.07 | 3.96 | | |
| DE | 0.93 | 1.23 | 0.58 | 1.10 | 0.81 | 0.82 | | |

Nota: PHSCEEF = Inventario de premisas histórico-socio-culturales de expresión emocional de la felicidad, EMEE = Evaluación Multimétodo de Expresión Emocional, EMEE-P = Evaluación multimétodo de expresión emocional-pictórica, A-M = Escala auto-monitoreo, EERE-E = Escala de estrategias de regulación emocional-estado-rasgo, ECREF = Estimación cognoscitiva de la regulación emocional para la felicidad. RC = reapreciación cognoscitiva. Puntajes más altos son indicadores de respuestas más extremas en la dirección del constructo evaluado. * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

Tabla 4

Correlaciones para hombres entre bienestar subjetivo y otras variables (n = 102)

| Escala Variable | Escala de bienestar subjetivo con | | | | | | M | DE |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------|---------|---------------------|---------------|---------|------|------|
| | Familia | Pareja | Amigo | Necesidades básicas | Auto-concepto | Trabajo | | |
| PHSCEEF | | | | | | | | |
| Conservar experiencia | - | - | - | - | .246* | - | 3.93 | 0.79 |
| PPE | | | | | | | | |
| Felicidad en foto de mujer | - | - | - | .195* | - | - | - | - |
| EMEE | | | | | | | | |
| Dibujo-expresión felicidad | -.195* | -.197* | - | - | -.221* | - | - | - |
| EMEE-P | | | | | | | | |
| Expresión de felicidad | - | - | - | - | .230* | - | 3.02 | 0.62 |
| Otros notan tu felicidad | .212* | .220* | .353** | - | - | .264** | 4.01 | 0.83 |
| Intensidad de felicidad | - | - | .240* | - | - | - | 3.50 | 0.59 |
| PEE | | | | | | | | |
| Viñeta-felicidad | - | - | -.195* | .200* | - | - | - | - |
| A-M | | | | | | | | |
| Creencias y aptitudes sociales | - | - | - | - | -.216* | - | 4.32 | 0.61 |
| Automonitoreo | - | - | -.195* | - | - | -.218* | 3.27 | 0.64 |
| ECREF | | | | | | | | |
| Alejamiento | -.283** | - | -.407** | -.301** | -.227* | -.220* | 1.58 | 0.86 |
| Negación | -.302** | -.242* | -.195* | -.297** | - | - | 1.66 | 0.75 |
| Reflexión | - | - | - | - | - | -.201* | 3.08 | 1.03 |
| Introversión | - | -.310** | - | - | - | - | 2.43 | 0.95 |
| Escala autoeficacia | | | | | | | | |
| RC-rasgo | - | - | .248* | - | .211* | - | 3.67 | 0.78 |
| Indicadores de utilidad | | | | | | | | |
| Instrumental | .244* | - | - | - | - | - | 3.68 | 1.21 |
| Expresiva | .230* | - | - | - | - | - | 3.57 | 1.28 |
| M | 3.92 | 3.51 | 4.04 | 3.58 | 3.90 | 3.83 | | |
| DE | 0.93 | 1.30 | 0.79 | 1.02 | 0.73 | 0.82 | | |

Nota: PHSCEEF = Inventario de premisas histórico-socio-culturales de expresión emocional de la felicidad, PPE = Prueba de Percepción Emocional, EMEE = Evaluación Multimétodo de Expresión Emocional, EMEE-P = Evaluación multimétodo de expresión emocional-pictórica, PEE = Prueba de Entendimiento Emocional, A-M = Escala de automonitoreo, ECREf = Estimación cognoscitiva de la regulación emocional para la felicidad. RC = reapreciación cognoscitiva. Los puntajes más altos son indicadores de respuestas más extremas en la dirección del constructo evaluado. * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

Discusión

La felicidad, como experiencia emocional, muestra en nuestro trabajo sus matices y particularidades, que la hacen contribuir a una percepción subjetiva de apreciación y un pensamiento acerca de la calidad o satisfacción con la propia vida, congruente con Diener y Lucas (1999). Inicialmente, se examinaron las diferencias entre hombres y mujeres en varios aspectos vinculados a la experiencia y expresión de la felicidad y el bienestar subjetivo en varias esferas de la vida del individuo como lo son la pareja, la familia, los amigos, necesidades, autoconcepto y trabajo, en donde encontramos que hombres y mujeres son iguales en varios aspectos y distintos en otros.

En lo que respecta a las capacidades emocionales de los y las participantes, se observó que las mujeres muestran su superioridad en torno al entendimiento emocional, a juzgar por los aciertos que tuvieron ante los estímulos evaluadores. Lo anterior se ve apoyado por Schaffer (2000), quien señala que, durante la infancia, a las mujeres se les permite estar más en contacto con sus emociones, que son más entrenadas en la experiencia y expresión emocional, los contextos ideales de manifestación y las reglas al respecto en comparación con los hombres. No obstante, en cuanto al predominio femenino, en los análisis de correlación no se encontró relación significativa con el bienestar subjetivo.

Por su parte, cuando los hombres entienden el contexto ideal de la expresión emocional de la felicidad, este tiene implicaciones positivas en el bienestar de sus necesidades básicas, pero no en sus relaciones de amistad. El primer bienestar puede comprenderse, si se considera que esa capacidad les permite proveerse de situaciones que les brinden satisfactores, como dormir bien, alimentarse apropiadamente, darse espacios de descanso, etc. En cuanto al efecto negativo en el bienestar con sus amigos, esto podría deberse al hecho, como señalamos posteriormente, de que los hombres tienden a controlar más sus emociones. Entonces, aunque tienen la capacidad de entender cuándo expresar su emoción, ello se combina con su búsqueda de alto monitoreo y el uso de la RC y la SE de la felicidad, lo que les impide usar apropiadamente su habilidad.

En cuanto a las diferencias ofrecidas por las pruebas *t* de Student y las correlaciones producto-momento de Pearson de las mismas variables, se integrarán a continuación para dar una visión más integral de los resultados.

Encontramos que las mujeres creyeron en mayor medida que los hombres que la felicidad debe expresarse y compartirse con los demás (PHSC de expresión emocional), aunque la media en los hombres fue por encima de la media teórica, lo que indica que, aunque diferentes, ambos creyeron que la felicidad es para compartirse. Estos hallazgos resultan congruentes con la literatura que señala, que las mujeres son más expresivas que los hombres y que ellos son más reservados y

callados. Es decir, se espera, e incluso puede aceptarse mejor, que las mujeres lloren cuando están muy tristes y brinquen de felicidad, pero no tanto los hombres.

Asimismo, las mujeres, comparadas con los hombres, expresaron mayor felicidad en la expresión pictórica de la felicidad, que indica cuán feliz sería la persona si le sucedieran eventos como conversar con un amigo o encontrárselo luego de mucho tiempo de no verlo. De hecho, las correlaciones que obtuvimos indicaron que, en la medida en que las mujeres expresaron mayor felicidad, también creyeron en que debían conservar su expresión de felicidad, y que ello contribuyó a su bienestar subjetivo con sus amigos. Esto podría ser explicado, cuando se considera que la amistad, afectivamente, es un abanico de emociones y sentimientos, que emergen al ver a la persona y que va desde el cariño, confianza, agrado o simpatía y felicidad, hasta la seguridad, tranquilidad y amor (Sánchez Aragón, 2001), y que, para las mujeres, este vínculo extiende sus posibilidades de vincularse cercanamente con otros significativos.

Por su parte, en los hombres, su expresión emocional de felicidad y sus creencias acerca de conservar su emoción tenían mayor efecto en su autoestima y, de este modo, en su satisfacción con su autoconcepto. Esto resulta interesante, porque muestra una tendencia masculina hacia la autoafirmación y fortalece la idea de que los hombres son más autónomos (Díaz Loving, Rivera Aragón y Sánchez Aragón, 2001), y quizá por ello, estén más orientados a que su felicidad se vincule directamente a su esencia.

Aunado a la medida pictórica de la expresión emocional, se tuvieron varios indicadores de intensidad emocional, como, si se percibe que otros notan el estado emocional de la persona, si la experiencia le dura poco o mucho tiempo en la memoria y qué tan intensamente viven la felicidad. Al respecto, hombres y mujeres no mostraron diferencias estadísticamente significativas, pero en las correlaciones se observó que en ellas, en la medida en que vivían más intensamente su emoción de felicidad, más contribuyeron a su bienestar en sus relaciones de pareja, sus amistades y autoconcepto; mientras que para los hombres, solo contribuyeron en sus relaciones de amistad.

Estos hallazgos encontrados en las correlaciones corroboran los resultados de diferencias entre hombres y mujeres respecto a la intensidad de emociones positivas aportados por Fujita et al. (1991). Cabe señalar que los resultados, a la luz de las pruebas *t* y en comparación con lo hallado en las correlaciones, podrían estar sugiriendo contradicción, y esto podría deberse a las diferentes formas de medir la intensidad de la emoción de la felicidad. No obstante, estos hallazgos también sugieren pequeñas diferencias entre los sexos que pueden estar moderadamente influenciados por los valores culturales y que pueden estar reforzando formas particulares de procesar la información vinculada a la felicidad (Ross, Mirowsky y Ulbrich, 1983).

En otro tenor, se observó que los hombres muestran -más que las mujeres- control de sus emociones, ya sea ocultando o reapreciando el contexto de su experiencia (estrategias de rasgo SE y RC) cuando experimentan sus emociones en general (rasgo). Ya, específicamente en el contexto de la felicidad, ellos mostraron mayor tendencia que las mujeres a distanciarse de las situaciones que podían provocarles felicidad, trataron de modificar las situaciones y negaron su experiencia de ésta emoción. Desafortunadamente, a mayor distanciamiento y oposición ante esta emoción en los hombres, esto se correlacionó con menos satisfacción con la familia, su relación de pareja, sus amigos, sus necesidades, su auto-concepto y el trabajo. Así, cuando la gente no está feliz o niega esta experiencia, sus relaciones sociales son frecuentemente fuentes de estrés, ansiedad y conflicto y, probablemente, guían al aislamiento y la retirada (Wessman y Ricks, 1966). De esta manera, las relaciones tensas pueden influir en forma importante, cómo la gente reacciona a sus emociones y a otros aspectos de la vida del individuo.

En la autoeficacia (A-E), los hombres más que las mujeres, se sintieron capaces de manejar sus emociones en general, haciendo uso de la supresión (A-E SE rasgo), y en la medida en la cual se sintieron capaces de controlar sus emociones, se sintieron más satisfechos en la relación con sus amigos y en su autoconcepto. Interesantemente, la diferencia se dio en la SE mientras que el efecto en el bienestar subjetivo se da a partir de la RC; esto, quizá, implica que los hombres reaccionan -ante una situación generadora de emoción- primero, ocultando su sentir y, posteriormente, se alejan de la experiencia para reconstruirla en forma positiva y esto es precisamente lo que beneficia su relación de amistad.

En el caso de las mujeres, en la medida en que se sintieron más efectivas en manejar sus emociones al reapreciarlas y expresarlas en el momento apropiado, estuvieron más satisfechas con su autoconcepto y con su relación de pareja, lo cual pone a la mujer un paso adelante del varón, pues sus habilidades emocionales le ayudan a poner en perspectiva un evento desencadenador de emoción para reencuadrarlo en una luz positiva, y ello favorece mucho su visión de sí misma y sus capacidades, así como su interacción con su pareja. De esta manera, hombres y mujeres con mayor autoeficacia en el manejo de sus emociones se sintieron más satisfechos con su auto-concepto, lo que resulta congruente con la creencia de que la habilidad de control está relacionada con la felicidad con el yo (Diener, 1984) y con lo planteado por Crossley y Langdrige (2005), quienes señalan que el auto-respeto y la auto-confianza son las razones para sentir felicidad.

Las mujeres puntuaron más alto que los hombres en extroversión, una dimensión del proceso de modulación de la respuesta dictado por Gross y Thompson (2007). La extroversión como rasgo y, por tanto, como forma de conducta, fue encontrado predictiva de emociones positivas y satisfacción (Costa, McCrae y Norris, 1981; Emmons y Diener, 1985) y de mejores relaciones sociales en la

casa y el trabajo (Wessman y Ricks, 1966). Así, a mayor introversión (menos extroversión) en los hombres, menos satisfacción en la relación de pareja, ya que ser reservado, callado y poco expresivo de las emociones, no colabora en la comunicación relacional (Guerrero, Andersen y Afifi, 2007) que es la vía de transmisión de emociones en la pareja y que les permite fomentar lazos de intimidad. En las mujeres, mayor introversión se vinculó con menos satisfacción con la familia, las necesidades básicas y el autoconcepto. Este hallazgo podría interpretarse como la antítesis de la caracterización emocional de las mujeres, es decir, si se ven como expresivas, como abiertas en sus manifestaciones emocionales y se toleran, incluso, en su impulsividad ante ciertos eventos, la introversión, entonces, les genera más bajos niveles de bienestar en su vida familiar y personal.

No hubo diferencias entre hombres y mujeres en el rasgo del automonitoreo; sin embargo, los resultados de las correlaciones resultaron muy sugerentes: los hombres y las mujeres altos en esta variable estuvieron menos satisfechos con sus amigos y trabajo. En particular, las mujeres con alto automonitoreo estuvieron menos satisfechas consigo mismas. Este hallazgo parece peculiar dado que, el automonitoreo ha sido correlacionado con la extroversión (Briggs, Cheek y Buss, 1980; Lennox y Wolfe, 1984), y esta, a su vez, se ha relacionado con relaciones más positivas en el hogar y el trabajo (Headey y Wearing, 1989). Las mujeres bajas en automonitoreo estuvieron más satisfechas con su autoconcepto, con sus amigos y su relación de pareja, lo cual resulta razonable si se piensa que ellas se sienten mejor con su forma natural y genuina de ser y de no necesitar modificarse tanto para adaptarse a las situaciones (Sánchez Aragón, 2008). En contraste, los hombres más bajos en automonitoreo tuvieron un bajo bienestar en su autoconcepto, lo cual resulta lógico si se recuerda el hallazgo previo que señala que ellos procuran -más que las mujeres- alejarse, modificar, responder incongruentemente y negar su experiencia emocional de felicidad. Entonces, parecería que su capacidad de automonitoreo colabora en forma importante en su procesamiento cognoscitivo al experimentar felicidad al proveerle de estrategias “en contra” de su experiencia emocional. Estas, al igual que muchas diferencias entre hombres y mujeres, observadas en la literatura e investigación, deben ser vistas con precaución. Las emociones, su experiencia y expresión están mediatizadas por la cultura y saturadas de significados propios de cada grupo socio-cultural (Diener y Suh, 2000; Kitayama y Markus, 2000; Mesquita y Albert, 2010). Debido a que las diferencias entre hombres y mujeres pueden reflejar significados emocionales dentro de una cultura, las diferencias encontradas, no necesariamente pueden ser replicadas en otra cultura.

El camino sigue, y la investigación sobre la felicidad y sus elementos mediadores, así como estos elementos en el caso de otras emociones como el amor, la tristeza, el enojo, o el miedo se torna necesaria, asimismo como el reconocimiento de las particularidades que ofrece cada emoción a la vida no solo intrapersonal, sino interpersonal, en el individuo.

Referencias

- Alexandrova, A. (2005). Subjective well-being and Kahneman's 'objective happiness'. *Journal of Happiness Studies*, 6(3), 301–324. doi: 10.1007/s10902-005-7694-x
- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1976). *Social Indicators of Well-being. Americans' Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum.
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. London: Methuen and Co., Ltd.
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2), 164-180.
- Bagozzi, R. P., Wong, N. & Yi, Y. (1999). The role of culture and gender in the relationship between positive and negative affect. *Cognition and Emotion*, 13(6), 641-672.
- Briggs, S. R., Check, J. M. & Buss, A. H. (1980). An analysis of the self-monitoring scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 679-686. doi: 10.1037/0022-3514.38.4.679.
- Carrasco Chávez, E. & Sánchez Aragón, R. (2008a). Las facetas de la felicidad y el amor: pensamiento, afecto y conducta. *Psicología Iberoamericana*, 16(1), 28-35.
- Carrasco Chávez, E. & Sánchez Aragón, R. (2008b). Pensamiento y conducta ante la emoción de la felicidad. En R. Díaz Loving, S. Rivera Aragón, R. Sánchez Aragón e I. Reyes Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México* (pp. 413-420). México: AMEPSO.
- Costa, P. T., McCrae, R. R. & Norris, A. H. (1981). Personal adjustment to aging: Longitudinal prediction from neuroticism and extraversion. *Journal of Gerontology*, 36(1), 78-85. doi: 10.1093/geronj/36.1.78
- Crossley, A. & Langdridge, D. (2005). Perceived sources of happiness: A network analysis. *Journal of Happiness Studies*, 6(2), 107-135. doi: 10.1007/s10902-005-1755-z
- Delgado, J. (1999). *La felicidad: qué es y cómo se alcanza*. España: Vivir mejor.
- Díaz Loving, R., Rivera Aragón, S. & Sánchez Aragón, R. (2001). Identificación de rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos), normativos (típicos e ideales) en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22(2), 131-139.
- Diener, E. & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. En D. Kahneman, E. Diener, N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology* (pp. 213–229). New York: Russell Sage Foundation.

- Diener, E. (1984). Subjective well being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Diener, E. & Suh, E. M. (2000). *Culture and subjective well being*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Eid, M. & Diener, E. (nov, 2001). Norms for experiencing emotions in different cultures: Inter- and intranational differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(5), 869-885. doi: 10.1037/0022-3514.81.5.869.
- Emmons, R. A. & Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11(1), 89-97. doi: 10.1177/0146167285111008
- Extrema-Pacheco, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002). La inteligencia emocional: Métodos de evaluación en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1-11.
- Fujita, F., Diener, E. (Ed.) & Sandvik, E. (Ed.) (septiembre, 1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 427-434. doi: 10.1037/0022-3514.61.3.427
- Fridlund, A. J. (1997). The new ethology of human facial expressions. En J. A. Russell & J. M. Fernández-Dols (Eds.), *The Psychology of Facial Expressions*. New York: Cambridge Press.
- Gross, J. J. & Levenson, R. W. (junio, 1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), 970-986. doi: 10.1037/0022-3514.64.6.970
- Gross, J. J. & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Guerrero, L. K., Andersen, P. A. & Afifi, W. A. (2007). *Close Encounters: Communication in Relationships*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Headey, B. & Wearing, A. (october, 1989). Personality, life events and subjective well being. Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 731-739. doi: 10.1037/0022-3514.57.4.731
- Hess, U., Senécal, S., Kirouac, G., Herrera, P., Philippot, P. & Kleck, R. E. (2000). Emotional expressivity in men and women: Stereotypes and self-perceptions. *Cognition and Emotion*, 14(5), 609-642. doi: 10.1080/02699930050117648

- Kitayama, S. & Markus, H. R. (2000). The pursuit of happiness and the realization of sympathy: Cultural patterns of self, social relations, and well-being. En E. Diener y E. M. Suh (Eds.), *Cultural and Subjective Well-Being* (pp. 113-161). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Kitayama, S., Markus, H. R. & Kurosawa, M. (2000). Culture, emotion and well-being: Good feelings in Japan and the United States. *Cognition and Emotion*, 14(1), 93-124.
- Kitayama, S., Park, H., Sevincer, A. T., Karasawa, M. & Uskul, A. K. (agosto, 2009). A cultural task analysis of implicit independence: Comparing North America, Western Europe, and East Asia. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(2), 236-255. doi: 10.1037/a0015999
- Layard, R. (2005). *La felicidad, lecciones de una nueva ciencia*. México: Taurus.
- Lennox, R. D. & Wolfe, R. N. (junio, 1984). Revision of the Self-Monitoring Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(6), 1349-1364. doi: 10.1037/0022-3514.46.6.1349
- Lu, L. & Shih, J. B. (abril, 1997). Sources of happiness: A qualitative approach. *The Journal of Social Psychology*, 137(2), 181-187. doi: 10.1080/00224549709595429
- Markus, H. R. & Kitayama, S. (2004). Models of agency: Sociocultural diversity in the construction of action. En V. Murphy-Berman & J. J. Berman (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 49. Cross Cultural Differences in Perspectives on the Self* (pp. 1-57). EEUU: University of Nebraska Press.
- Martínez Pérez, M. y Sánchez Aragón, R. (2008). En la intensidad emocional... ¿las mujeres son de Venus y los hombres de Marte? En R. Díaz Loving, S. Rivera Aragón, R. Sánchez Aragón e I. Reyes Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México* (pp. 505-512). México: AMEPSO.
- Mesquita, B. & Albert, D. (2010). La interacción de los amantes: estrategias de seducción, pasión y regulación emocional. En R. Sánchez Aragón (Ed.), *Regulación emocional: Una travesía de la cultura al desarrollo de las relaciones personales* (pp. 46-75). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Murrieta Sánchez, B. P. (2004). *Estudio comparativo en madres solteras y casadas: con respecto al apego, los estilos de enfrentamiento, masculinidad-feminidad y bienestar subjetivo*. (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Niiya, Y., Ellsworth, P. C. & Yamaguchi, S. (mayo, 2006). Amae in Japan and the United States: An exploration for a "culturally unique" emotion. *Emotion*, 6(2), 279-295. doi:10.1037/1528-3542.6.2.279

- Robbins, S. P. (1993). *Organizational Behavior: Concepts, Controversies and Applications*. N.J.: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Ross, C. E., Mirowsky, J. & Ulbrich, P. (1983). Distress and the traditional female role: A comparison of Mexicans and Anglos. *American Journal of Sociology*, 89(3), 670-682.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (octubre, 1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719
- Safdar, S., Friedlmeier, W., Matsumoto, D., Yoo, S. H., Kwantes, C. T., Kakai, H. & Shigemasu, E. (2009). Variations of emotional display rules within and across cultures: A comparison between Canada, USA and Japan. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 41(1), 1-10. doi: 10.1037/a0014387
- Sánchez Aragón, R., Carrasco Chávez, E. y Retana Franco, B. E. (2010). *Auto-percepción y percepción emocional: validación psicométrica y diferencias sexuales*. Manuscrito sometido a publicación.
- Sánchez Aragón, R. (2001). El significado de la amistad: qué espero y qué quiero dar. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XVII (2), 113-128.
- Sánchez Aragón, R. (2008). Ser auténtico o como los demás esperan: el dilema del automonitoreo. En R. Díaz Loving, S. Rivera Aragón, R. Sánchez Aragón e I. Reyes Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México* (pp. 637-642). México: AMEPSO.
- Sánchez Aragón, R. y Díaz Loving, R. (set-dic, 2009). Reglas y preceptos culturales de la expresión emocional en México: su medición. *Revista Universitas Psychologica*, 8(3), 793-805.
- Sánchez Aragón, R. y López Becerra, C. (2008). Midiendo a las estrategias de regulación emocional: rasgo y estado. En R. Díaz Loving, S. Rivera Aragón, R. Sánchez Aragón e I. Reyes Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México* (pp. 643-648). México: AMEPSO.
- Sánchez Aragón, R., Díaz Loving, R. y López Becerra, C. (diciembre, 2008). Medición de la auto-eficacia en el uso de estrategias de regulación emocional. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(4), 15-27.
- Sánchez Aragón, R., Retana Franco, B. E. y Carrasco Chávez, E. (2008). Evaluación psicológica del entendimiento emocional: ¿hombres y mujeres distintos o semejantes? *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(26), 193-216.

- Schaffer, H. R. (2000). *Desarrollo social*. México: Siglo XXI.
- Silva-Colmenares, J. (junio, 2008). Felicidad: La evolución como categoría científica y la relación con el desarrollo. *Revista de la Información Básica CANDANE*, 3(1), 62-77.
- Triandis, H. C. (1994). *Culture and Social Behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Uchida, Y. & Kitayama, S. (agosto, 2009). Happiness and unhappiness in east and west: Themes and variations. *Emotion*, 9(4), 441-456.
- Uchida, Y., Norasakkunkit, V. & Kitayama, S. (2004). Cultural constructions of happiness: Theory and empirical evidence. *Journal of Happiness Studies*, 5, 223-239.
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24, 1-34.
- Wessman, A. E. & Ricks, D. F. (1966). *Mood and Personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Xin hua (1987). *Xin hua dictionary*. Beijing: Business Publications.
- Young, P. T. (1979). *Cómo comprender mejor nuestros sentimientos y emociones*. México: Manual Moderno.

Recibido 20 de julio de 2010
Revisión recibida 25 de noviembre de 2011
Aceptado 21 de marzo de 2012

Reseña de la autora y del autor

Rozzana Sánchez Arragón es doctora en Psicología y docente de tiempo completo en el área de psicología social e investigadora nivel II del Sistema Nacional de Investigadores en la Universidad Nacional Autónoma de México.

El doctor Roque Méndez Canales labora en el departamento de Psicología en la Texas State University, Estados Unidos.

Bases neurológicas de la dependencia a sustancias psicoactivas desde la mirada social

Neurological Bases of Psychoactive Substance Dependence from a Social Perspective

Flora Wille-González
Universidad de Puerto Rico

Resumen

Este artículo pretende analizar las bases neurobiológicas de la dependencia a sustancias psicoactivas, desde la mirada social-comunitaria, al analizar los recursos psicoterapéuticos disponibles y con base en las estadísticas actuales más relevantes, puesto que las dependencias a sustancias psicoactivas podrían ser consideradas, dada su prevalencia en los últimos años, el más importante campo de estudio de la psicopatología del siglo XXI. Este ensayo se propone el abordaje de estas dependencias desde distintos ángulos. Los objetivos propuestos para ello son los siguientes: 1- analizar las bases neurobiológicas de las dependencias a sustancias psicoactivas y su relación con la genética. 2- Deconstrucción de lo que llamamos dependiente a sustancias psicoactivas, así como del imaginario social de este enfermo/a. 3- Presentar las alternativas terapéuticas y 4- finalmente las conclusiones sobre el tema.

Palabras clave: bases neurológicas de la dependencia a sustancias psicoactivas, deconstrucción, imaginario social, alternativas terapéuticas

Abstract

This article aims to analyze the neurobiological bases of psychoactive substance dependence from the social-communitarian view by examining available psychotherapeutic resources based on the most relevant, up to date statistics. Since substance dependence and / or alcohol could be considered, given their prevalence in recent years, the most important field study of psychopathology in the twenty-first century, this study proposes addressing these dependencies from different angles. The proposed objectives are as follows: 1- to analyze the neurobiological bases for psychoactive substance dependence, and their relationship to genetics 2- deconstruction of what we call a psychoactive substance dependent individual, and the social illusions of said patient 3- to demonstrate therapeutic alternatives, 4- and, finally, to present conclusions on the subject.

Keywords: neurological basis of psychoactive substance dependence, deconstruction, social illusions, alternative therapies

Flora Wille-González, Departamento de Psicología Social-Comunitaria, Universidad de Puerto Rico.
Dirigir correspondencia a Flora Wille-González, Apartado Postal 525-2350 San Francisco de Dos Ríos. Dirección electrónica: florawillecr@yahoo.com

Según el periodista Aguilar (2010), la realidad en Costa Rica está enmarcada en asaltos callejeros, muertes, venta de drogas y narcotráfico. El autor reporta que en los seis meses, entre enero y junio del año 2010, el Organismo de Investigación Judicial de Costa Rica (OIJ) registró más de 1800 asaltos y robos en el área metropolitana de Costa Rica y polemiza que unos 1500 adictos fueron los responsables de los asaltos. Según el autor, el fiscal de la república, Dall'Anese, opina que "son miles" los adictos en Costa Rica, debido a que el país se ha convertido en "destino de las drogas". Aguilar cita que el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA, 2010) de Costa Rica informó que "cada vez más costarricenses tienen acceso a la cocaína", puesto que las personas que reportaron haberla usado en el año 1990 fueron 0,7% y pasaron a un 2,9% en el año 2006. Bejarano (citado por Aguilar, 2010), investigador y psicólogo del IAFA, manifiesta que muchos de ellos necesitan ayuda profesional para superar sus problemas de adicción. Sin embargo, Amador (2011) reitera que "la mayoría de las personas que son drogodependientes no son delincuentes; sin embargo, muchas de las personas que delinquen consumen drogas".

El IAFA (2010) encontró que, en Costa Rica, la marihuana sigue siendo la droga más usada, seguida por crack y cocaína. Amador (2011), especialista médica en drogodependencia, indica sobre un estudio realizado por el IAFA en el Centro Juvenil Zurqui de Costa Rica, donde

El 70% de los adolescentes dijeron consumir drogas, principalmente marihuana y *crack* y un 33% de estos consideró que este fue un factor que influyó en el acto criminal. Otro estudio en población adulta privada de libertad informó de que un 25% de los delitos fueron cometidos bajo los efectos de la sustancia, un 22 % para conseguir la droga y un 50% por ser parte de un grupo de narcodistribución.

Una encuesta acerca de la inseguridad en Costa Rica realizada por UNIMER (*Research for Leadership*, reportado por Sánchez Fonseca, 2010) realizada en julio del 2010, con una muestra de 1210 costarricenses mayores de 18 años, encontró que lo que más preocupa al 46% de la población es la inseguridad, dato que aumenta desde el año 2004, en tercer lugar la drogadicción y en quinto lugar la pobreza. En la encuesta, 64% de las personas dijeron que ellos mismos o un pariente fueron víctimas de un delito y el 81% pide a la policía actuar en forma oportuna.

Otro problema surge cuando se detiene a personas drogadictas, debido a que no hay centros suficientes para enviarlos a tratamiento y no se sabe la suerte que corren los detenidos por la fuerza pública por tenencia de *crack*, marihuana y cocaína. Dentro de este panorama, la escasez de centros de tratamiento es una realidad que debe ser atendida. Al respecto, manifiesta la directora Orozco del IAFA "ellos no son viciosos, tienen una enfermedad crónica muy seria que se caracteriza por recaídas", y que "hay falta de recursos para atender esta población, no se cuenta con toda la infraestructura necesaria". La directora reporta que el IAFA tiene un centro para adolescentes y

ocho centros regionales, además de la Caja Costarricense de Seguro Social y algunas organizaciones no gubernamentales, “el reto es coordinar para optimizar recursos y aumentar los servicios”. (p. 1, Orozco, citado en Rodríguez, 2011).

Los datos estadísticos de prevalencia de uso de drogas y alcohol en Costa Rica no dejan duda de la necesidad de replantearse, desde donde se está mirando, desde donde se parte. Los datos estadísticos reflejan la necesidad de buscar soluciones a un problema de salud pública complejo, tanto por sus implicaciones médicas como sociales, además la delincuencia constituye el tema que más le preocupa a casi la mitad de la población costarricense, seguido en tercer lugar por la drogadicción.

Antes de continuar con lo planteado, es necesario a modo de introducción, destacar algunas definiciones sobre las conductas por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, también conocida como adicción. Se parte de las muchas teorías, para explicar el tema, que para algunos teóricos se pueden encontrar hasta 43 explicaciones. La Psicología también ofrece teorías explicativas. Según Graña Gómez (1996) las más tradicionales son las siguientes: la teoría de la reducción de la tensión, la teoría de la personalidad y la teoría del aprendizaje.

Kramer y Cameron (en Graña Gómez, 1996) habían ofrecido en 1975 a la Organización Mundial de la Salud (OMS) una serie de definiciones sobre la dependencia a drogas. Entre estas definiciones esta la que conceptualiza la palabra “droga”, se entiende por esta “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este” (p.47). Los autores definen “farmacodependencia” como el

Estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irrefrenable a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación (p.47).

Una definición bastante comprensiva de esta enfermedad es considerarla un acto voluntario, que no se puede controlar y que se repite con intervalos no muy largos y viene acompañada de consecuencias adversas sobre la vida personal y el entorno familiar y laboral. Visto de otra forma, es una conducta dependiente a una variable estimuladora independiente (Gómez-Jarabo y Alonso-Fernández, 2001).

Cervera et al. (2001) consideran a la adicción mas allá de una conducta relacionada con sustancias, puesto que existe la adicción comportamental, como al juego y sexo, entre otras y en ambas consideran el impulso como clave para entenderla.

Bases neurobiológicas de las dependencias

Según Álamo, López-Muñoz y Cuenca, (en Rubio, 2001) y desde su perspectiva médica, las sustancias psicoactivas producen alteraciones en las funciones cerebrales, lo que a su vez se traduce en cambios de humor. Los mecanismos que activan estos cambios se dan por la acción de las sustancias sobre los procesos neuroquímicos, los que a su vez modifican la acción de varios neurotransmisores. La dependencia se establece por la recompensa y refuerzo que producen las drogas, al intervenir sobre el sistema dopaminérgico-mesolímbico-cortical.

El núcleo de *accumbens* es la estructura neurológica clave para explicar las conductas adictivas (Gómez y Alonso, 2001; Cervera et al., 2001; Mucio, 2007; Young, Joseph y Gray, 1992) dado que allí llegan aferencias dopaminérgicas importantes, desde el tegmentum ventral. Sin embargo, ambas estructuras, núcleo accumbens y aferencias tegmentales, no son las únicas implicadas en las adicciones, pero sí las de mayor peso (Gómez y Alonso, 2001). El primer estudio sobre el papel reforzador del núcleo accumbens se le atribuye a Olds y Mildener en 1954, que de forma casual estimularon cerebros de ratas en el hipotálamo al observar que la rata experimental no se movía de la esquina en la cual era estimulada y si se alejaba, volvía rápidamente y de forma compulsiva a la esquina. Para comprobar el condicionamiento operante encontrado, pusieron una rata con electrodos en una caja Skinner, de manera que esta, al accionar una palanca, pudiera autoadministrarse la descarga eléctrica. Observaron como algunas abandonaban cualquier otra conducta, incluso la de alimentarse, por aplicarse la descarga (Gómez y Alonso, 2001).

En términos humanos la explicación es la siguiente: cuando se percibe un estímulo y este llega al córtex prefrontal se desencadena una acción exitatoria en el haz prosencefálico medial, conjunto de axones que conectan el mesencéfalo con el córtex y atraviesa el hipotálamo lateral. En este recorrido hay axones cortos que conectan con otras áreas, en las cuales hay otros neurotransmisores como acetilcolina y serotonina, pero sobretodo dopamina, usualmente relacionada con conductas adictivas. Las neuronas dopaminérgicas con cientos de botones terminales permiten activar gran cantidad de estructuras nerviosas, especialmente el tegmentum ventral mesencefálico y de allí al núcleo *accumbens*, que junto al sistema límbico, amígdala e hipocampo se encargan de reforzar la conducta, con gran carga emocional y afectiva.

El trabajo de investigación bibliográfica de Cervera et al. (2001) confirman los mecanismos de refuerzo resultado de la transmisión dopaminérgica del *mesoaccumbens* y otras áreas llamadas del circuito de recompensa.

Young, Joseph y Gray (1992), por su parte, trabajaron con ratas sedientas para observar los cambios en dopamina y probar la hipotética conexión entre gratificación y dopamina del sistema

límbico. Se trabajó con microdiálisis para demostrar que los sistemas de la dopamina, en ambos núcleos, *accumbens* y caudal, se activan cuando las ratas sedientas beben, pero encontraron que el sistema 5-hidroxitriptamina solo actúa en el núcleo caudal y no en el *accumbens*.

Ventura et al. (2004) diseñaron una investigación con animales para estudiar el rol de la dopamina en el núcleo *accumbens* en respuesta a los efectos de los psicoestimulantes. Los resultados aportan nueva evidencia sobre la importancia del rol de la dopamina prefrontal en los efectos de los psicoestimulantes en la región *mesoaccumbens*. Además, encontraron que las diferencias individuales en la susceptibilidad a las propiedades adictivas de las sustancias estaban ligadas al genotipo.

Ferrando et al. (2009) llegaron a comprobar el papel reforzador en conductas adictivas del núcleo *accumbens* y la corteza prefrontal como principal aferente de las proyecciones dopaminérgicas procedentes del sistema mesolímbico. Estos trabajaron con un grupo experimental de 16 consumidores de pasta base de cocaína y 16 personas no consumidores como grupo control. El grupo fue examinado usando la técnica no invasiva de tomografía computarizada por emisión de fotones individuales (SPECT, por sus siglas en inglés de *Single Photon Emission Computed Tomography*) cerebral y el análisis estadístico paramétrico (SPM, por sus siglas en inglés de *Statistical Parametric Mapping*) con el objetivo de evaluar la disfunción cerebral que ocurre como resultado del uso de la droga, en este caso la cocaína. Para ello, se revaluaron aquellos participantes que lograron una abstinencia prolongada con el propósito de analizar el daño sufrido. El resultado de la investigación sugiere que se necesitan periodos prolongados de consumo para producir alteraciones funcionales evidentes.

Bonson (2003) logró captar imágenes del cerebro cuando ocurre el proceso de deseo de la cocaína. La técnica empleada fue la tomografía por emisión de positrones (TEP o PET, por sus siglas en inglés de *Positron Emission Tomography*) y el diseño de la investigación consistía en presentar videos a 11 usuarios de cocaína, en los que aparecía parafernalia asociada al uso de la droga. Mientras se presentaban los videos, se observaban las imágenes de la actividad cerebral de los individuos. Se analizaron tres zonas del cerebro: la izquierda de arriba hacia la derecha y la frontal. Las zonas activadas aparecen coloreadas en azul o amarillo. Las zonas amarillas corresponden al deseo de la droga (*craving*), según el reporte de los sujetos de estudio, al deseo por la droga. Las zonas azules, que corresponden a la amígdala y la ínsula, se activaron al observar objetos familiares y con algún valor para el individuo. La ínsula al activarse confirma la asociación entre percepción y memoria. Se activó también el cíngulo anterior relacionado con procesos de memoria emocional y la atención y la corteza orbitofrontal que se relaciona a la contextualización de información y el movimiento.

Robinson y Berridge (2003), de la Universidad de Michigan, utilizaron técnicas no invasivas como PET y la imagen por resonancia magnética funcional (IRMf o fMRI, por sus siglas en inglés de *functional Magnetic Resonance Imaging*), para investigar en seres humanos, cómo los factores biológicos se integran con otros y cómo estos afectan la conducta. Más específicamente, deseaban observar cómo las variables biológicas y las sociales o medioambientales interactúan en la adicción a las drogas. Ellos parten de la aceptación del papel de la dopamina como reforzador en el abuso de drogas y de la disminución de la dopamina con el uso crónico y también en el periodo o síndrome de retirada de la droga. Esta disminución se asocia con disfunciones en la región prefrontal incluida la orbitofrontal, córtex y giro cingulado, lo que da como resultado conductas impulsivas al afectarse la toma de decisiones.

Adinoff (2004) considera críticos los cambios que ocurren en el cerebro durante el uso de drogas adictivas. Para estudiarlos utilizó las neuroimágenes donde se pueden observar la relación entre el placer, la gratificación y la adicción con los mecanismos biológicos, específicamente el circuito dopaminérgico mesolímbico considerado el equivalente biológico del placer tal como investigaciones citadas anteriormente (Cervera et al., 2001; Nestler, 2005; Bonson, 2003; Robinson y Berridge, 2003). Estos hallazgos pueden ser útiles en futuros tratamientos farmacológicos.

Kalivas y Volkow (2005) utilizaron también neuroimágenes del cerebro y demostraron la utilidad de estos para comprender lo que ocurre en la adicción a drogas. Los estudios en neurobiología, consideran estos investigadores, son importantes para entender el circuito cerebral implicado en las adicciones, porque permite desarrollar fármacos apropiados para tratar esta condición.

Algunos autores como Gómez y Alonso (2001) y Klotchkov (2006) plantean la posibilidad de la base genética de las adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas como una forma de explicar el porqué algunos desarrollan la enfermedad y otros no. El gen A del cromosoma 11, que codifica la producción de receptores dopaminérgicos D, facilitaría el desarrollo de la adicción tal como lo planea Blue (1990, citado por Gómez y Alonso, 2001), quien encontró la relación entre la adicción y la presencia del alelo A1, por lo cual una gran parte de la susceptibilidad a desarrollar esta enfermedad podría ser explicada por la codificación genética para estos receptores. Cervera et al. (2001) admiten que es razonable pensar en la posibilidad de cierta vulnerabilidad genética y destaca la mayor presencia del alelo A1 del fragmento Taq I en la región 3' del gen que codifica al receptor dopaminérgico D2 (DRD2) y más recientemente otro alelo (B1) en el fragmento 5' Taq como los implicados en el alcoholismo, pero en el uso de otras sustancias psicoactivas. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en la investigación de Klotchkov (2006) mediante los cuales permitió establecer una asociación entre los genes DRD2 y DRD4 y la susceptibilidad al alcoholismo.

Las investigaciones en la genética o la predisposición genética de las adicciones son importantes: Nestler (2005) y Klotchkov (2006) lo resumen al explicar que, por encontrada la vulnerabilidad genética, se podría identificar cuáles individuos estarían en mayor riesgo de convertirse en adictos y de tomar medidas preventivas como la educación e información para evitar la enfermedad.

Otro aspecto que este tipo de investigación contribuiría a entender es cómo otros factores influyen en la adicción. Por ejemplo, como un factor social conocido de todos como el estrés, puede incrementar el riesgo, lo que no se conoce es cómo se produce este efecto y por qué afecta a unos y no a otros.

Deconstrucción e imaginario social del dependiente a sustancias y/o alcohol

Como preámbulo, debe considerarse la teoría de la construcción social de la realidad, desarrollada por Berger y Luckmann en 1978, quienes se consideran pioneros en cuestionarse la definición de realidad. Su visión expresa que el mundo de la vida cotidiana se da o se percibe como realidad, cuando solo es una construcción que los sujetos forman en sus interacciones como en sus comunicaciones. Este conocimiento se construye y reconstruye con los demás, ya sea en relación directa con el grupo humano que le rodea, así como con quienes los antecedieron y se facilita la ilusión de una realidad ordenada y objetivada.

El lenguaje para estos teóricos reviste importancia, puesto que será la herramienta que posibilita la acumulación y transmisión del conocimiento. Las percepciones denominadas “representaciones sociales” son las que se transmiten de generación en generación. Las representaciones sociales, según Ibáñez Gracia y Jiménez-Domínguez (2001), constituyen un enfoque alternativo para explicar la construcción social de la realidad, puesto que agrupa visiones, cognitivas y sociales, al mismo tiempo y es una teoría que trasciende la hermenéutica al considerar que aunque el ser humano interpreta la realidad. La actividad hermenéutica se determina por factores independientes de esta.

Ibáñez Gracia y Jiménez-Domínguez (2001) se suma a la visión de Berger y Luckmann (1978) sobre la construcción social de la realidad y la importancia del lenguaje en esta construcción, porque al ser el lenguaje interpretativo, la realidad deja de ser objetiva para construirse en las interacciones que las personas efectúan en el diario vivir. La implicación más importante que se desprende de esto consiste en que todo conocimiento, incluido el científico, es producto de una construcción colectiva. Las prácticas cotidianas conforman no solo la concepción del mundo, sino

Ibáñez Gracia y Jiménez-Domínguez (2001) destacan los aspectos individuales que cada individuo aporta, según su adscripción a diversas categorías sociales y grupos a los cuales pertenece y cómo estas concepciones inciden en las interpretaciones que los individuos realizarán

al posibilitar que ellas mismas sean similares. Esto explicaría que se establezca un mundo común con significados compartidos y perspectivas similares sobre la realidad, aunque cada punto de vista es único. Según los autores, los individuos asumen que sus experiencias del mundo son similares y actúan como si lo fueran. Así, cada uno de los protagonistas construye la realidad en función de sus intereses particulares, posición social, experiencias concretas y sus influencias culturales. El aporte más significativo de esta mirada construccionista es el denunciar que las miradas objetivas sobre esa realidad no son tan objetivas, sino “son reconstruidas de forma incompleta y sesgada” en función de intereses particulares (Ibáñez Gracia y Jiménez-Domínguez, 2001, p.157).

Paralelo a la construcción social de la realidad, se construye un imaginario social que la sostiene. Actualmente, el trastorno de abuso y dependencia de sustancias es considerado un fenómeno complejo y de peso social, por el considerable aumento en los últimos años del uso de sustancias. En el ámbito de las dependencias, el uso de sustancias psicoactivas es visto como generador de conductas no deseables. Probablemente, los enfoques sustentados en criterios morales, los cuales relacionan directamente el consumo de drogas con actitudes y las conductas delictivas o peligrosas pudieran explicar parte del imaginario social.

Esta visión negativa hace a las sustancias psicoactivas las protagonistas de estas conductas no aprobadas por el discurso político, y se dejan de lado las condiciones histórico-sociales del fenómeno. El lugar de lo prohibido, que ocupan las drogas en el imaginario social, posibilita que se mencione a las drogas como si fueran una sola, sin diferenciación entre ellas y, a la vez, se estigmatiza a quienes las usan.

A continuación, se recopila y se analizan algunas perspectivas sobre el uso de drogas, que podrían ofrecer una luz sobre la construcción de este imaginario social.

Carballeda (1991, en Graña Gómez, 1996) expresa que a partir de la preocupación mundial por el aumento de las conductas adictivas, se elaboraron, en la década de los años cincuenta, políticas y programas de prevención, que partían de diversos marcos teóricos tales como ético-jurídico, médico-sanitario, psicosocial, sociocultural y recientemente el modelo geopolítico estructural. El autor plantea una visión latinoamericana a partir de estos cinco modelos, los cuales se explican a continuación:

En los años 1950, el fenómeno de uso de drogas por la población estaba limitada casi exclusivamente a los marginados y delincuentes, época en que se ubica el inicio del modelo ético-jurídico, y se acentuó la criminalización del uso de drogas y se colocó el foco tanto en el individuo como en el revendedor y se olvidó la perspectiva social.

La década posterior generó el modelo médico-sanitario, y se iniciaron campañas de prevención generalmente dirigidas a los estudiantes y en las cuales no se distinguía entre drogas legales e ilegales, como sí ocurría en el modelo jurídico-legal. Carballada (1991, en Graña Gómez, 1996) considera que esta separación surgió por el reciente auge de la industria farmacéutica. En esa época, se definió al adicto como alguien vulnerable a las sustancias psicoactivas y pasa a considerarse un enfermo: una concepción nuevamente individualista.

El modelo psicosocial hace una lectura diferente del fenómeno e incorpora el abordaje psicológico de la problemática, incorpora a la familia, así como a las diferencias propiamente individuales que llevaron al sujeto al uso de drogas. Igual que el modelo anterior, impulsa campañas de prevención, las cuales profundizan aún más el estereotipo del adicto como enfermo y se empieza a llamarlos “desviados sociales” al enfatizar sus conductas, valores y actitudes. En la misma época en que surgió el modelo anterior, años setentas, inició el modelo sociocultural, el cual acoge el discurso de la desviación social al destacar factores socioeconómicos y asociar el uso de drogas con poblaciones marginales. Incorporó un lenguaje diferente, el cual da base para replantearse abordajes distintos.

Finalmente, el modelo geopolítico proporciona una interpretación distinta del problema, incluye el problema del tráfico de drogas, y lo politiza en su dimensión social. Estos modelos con el tiempo se han influenciado recíprocamente de forma tal que sus discursos son bastante uniformes.

Después del análisis sobre el uso de drogas se puede concluir que el imaginario social del dependiente a sustancias psicoactivas se construye a partir de los entendidos sociales que los significan. En Costa Rica, la criminalización cumple la función de catalogarlos como criminales y el imaginario social alerta de lo que ocurre a quienes no cumplen con el encargo social del trabajo.

A continuación, es necesario referirse a la teoría sobre el surgimiento de las subjetividades, puesto que sin subjetividades no hay dependientes por analizar. En esto, la teoría de Foucault (1990) influenció, como Ibáñez Gracia y Jiménez-Domínguez (2001) lo declaran, en las concepciones teóricas previamente discutidas. Las subjetividades no son permanentes ni esenciales, son producidas y significadas dentro de una cultura, por lo que la comprensión de la relación sujeto-estructura social, sigue siendo difícil de comprender, como totalidad esencialista, así como lo es entender cómo se constituye la subjetividad social.

Desde la llamada “crisis de la Psicología” de los años 1970, el sujeto de la Psicología se ha ido transformando hasta llegar a la disolución de la separación sujeto-objeto desde la mirada constructorista (Ibáñez Gracia y Jiménez-Domínguez, 2001). Foucault (1990), cuando argumenta sobre el surgimiento del “sí mismo”, lo hace reconstruyendo, a través de estudios históricos, la aparición de la subjetivación de los seres humanos en nuestra cultura. Él destaca tres modos

mediante los cuales se puede transformar a los seres humanos en sujetos. Una de ellas es en el campo de la investigación, es decir de la ciencia. Otra forma de hacerlo, es dividirlo en su interior y además dividirlo de los otros. Este modo de dividir o clasificar a los seres conlleva la tendencia a dividirlos en categorías, categorías, por ejemplo: sano-enfermo. El discurso social se vale de este recurso y los seres humanos pasan a ser sanos o enfermos. La tercera forma de dividirlo es con respecto a su sexualidad (Foucault, 1990).

Los cuestionamientos sobre la vinculación entre estructura social y su impacto en la subjetividad han estado ligadas a lo político, puesto que las categorías psicológicas se han convertido en políticas, entendido este aspecto político no como electoral o las acciones de personas ligadas a lo político, sino como el marco más amplio al implicar toda acción en la que intervenga cualesquiera toma de posición, por supuesto con la consiguiente fuente de poder que permita su implementación (Pérez, 1996, citado en Cordero, Dobles y Pérez, 1996).

Sampson (1993, en Cordero et al., 1996) con sus acercamientos a lo que llamó “individuo autocontenido”, llegó a la conclusión, a través de investigaciones históricas similares a las de Foucault, que este individuo autocontenido servía los intereses de un grupo particular y además que la psicología social validaba su carácter objetivo y real, cuando realmente era socialmente construido. Al desenmascarar este propósito, se evidenció que el apartar a los “desviados”, “inmaduros” o “patológicos”, se hacía porque no se ajustaban a los intereses de un grupo particular. Se culpabiliza al adicto de su situación económica y social para no señalar al estado y romper la ilusión de un estado perfecto (Purcell, 2003).

Se considera al adicto como enfermo, pero como sujeto individual e integrado y se mira bajo la concepción de una subjetividad unificada. Se percibe a ese “sí mismo”, como le llama Foucault (1990), sin tomar en consideración que esta categoría puede desmontarse e interpretarse en función de intereses particulares. Por lo tanto, los discursos sociales ligados a lo jurídico-estatal deben examinarse al partir de los supuestos construccionistas y, de esta forma, considerar los criterios de normalidad como construcciones y no como verdades.

Alternativas terapéuticas para esta enfermedad

Después del análisis anterior, es necesario referirse a la modificación de los hábitos de conducta adictivos, lo cual es posible, en su gran mayoría, a través de algún tipo de tratamiento. Pero para abordar el tema es necesario decir, como preámbulo, que existe gran variedad de otros modelos explicativos, según adjudiquen la responsabilidad para explicar los trastornos por abuso de sustancias y según la visión así se plantea la dirección en el proceso de tratamiento.

Center for Substance Abuse Treatment (1999) señala seis modelos de tratamiento a partir de la visión que se asuma, los cuales son los siguientes: moral, médico, espiritual, psicológico,

sociocultural y biopsicosocial. Estos podrían ser resumidos, según Brickman et al. (1982, citado por Graña Gómez, 1996), en cuatro categorías, que por su capacidad de síntesis resultan idóneas para organizar la presentación. Estos modelos son (a) el moral, (b) el médico, (c) el iluminativo y (d) el compensatorio. Todos estos modelos adjudican diversas responsabilidades a la persona que la sufre, ya sea en la generación propiamente de la enfermedad o en la responsabilidad de cambiar o solucionar el problema (Graña Gómez, 1996).

El mismo autor define el modelo moral y dice que mira al individuo como el responsable de haberse iniciado y es, por lo tanto, responsable de su recuperación. Esta categoría no cuenta actualmente con suficiente apoyo científico, puesto que considera al individuo como débil de carácter y sin fuerza de voluntad. El tratamiento en esta visión se dirige a fortalecer la voluntad a fin de vencer el pecado.

Para el modelo médico, el individuo no es en absoluto responsable de la génesis de su enfermedad, ni tampoco de su solución. Parte de considerar como elementos clave: la dependencia física que ocasiona este trastorno, la predisposición genética y la progresión de la enfermedad. Este modelo ha desarrollado en los últimos años bloqueadores farmacológicos para contrarrestar la enfermedad. Estos bloqueadores parten de la importancia de la dopamina tegmental en el reforzamiento de la conducta adictiva y se han desarrollado algunos tipos de bloqueadores farmacológicos de esta acción como una forma de romper con ese círculo. En esto, los neurolépticos, especialmente los antagonistas dopaminérgicos como haloperidol y pimozida, tienen especial afinidad sobre los receptores D de la dopamina y bloquean su acción reforzadora adictiva, lo cual se ha visto en sustancias sumamente adictivas como la cocaína y la anfetamina.

Identificar los mecanismos biológicos implicados en las dependencias es esencial para el desarrollo de tratamientos para la adicción, según el modelo en cuestión. De los tratamientos actuales, se puede decir, suprimen los efectos de las drogas, pero queda aún un reto para los investigadores. Por ejemplo, se podrían ofrecer otros medicamentos que interfieran en la transportación de la dopamina, que, como se señaló en la primera parte de este ensayo, este neurotransmisor está relacionado en esta enfermedad. Con lo expuesto, se reconoce la importancia de los tratamientos farmacológicos, producto del modelo biomédico, pero estos solo son viables para el uso de algunas sustancias como la heroína y alcohol, pero no de todas (Fernández-Hermida y Secades-Villa, 2001).

El modelo iluminativo señalado por Graña Gómez (1996) responsabiliza al individuo, pero lo cree incapaz de recuperarse sin ayuda de un poder superior. Los grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA), son ejemplos de donde puede el individuo, según esta categoría, encontrar solución a su problema. En Costa Rica, además de los grupos señalados, es posible el abordaje terapéutico en centros u hogares denominados cristianos y en comunidades terapéuticas, como Hogares Crea.

Al respecto, Bateson (1998) considera AA como capaz de contrarrestar la adicción al alcohol, porque el alcohólico al cual él llama alcoholista, no está esclavizado al alcohol sino que el alcohol es un recurso para escapar a una esclavitud personal, que el autor explica más detalladamente; al decir que es una esclavitud personal puesto que no es rebelión contra los ideales de la sociedad sino de premisas insanas reforzadas por la sociedad que le rodea. La filosofía de AA y NA descansa sobre 12 pasos, el segundo de ellos alude a la espiritualidad y textualmente dice: “llegamos a creer que un Poder superior a nosotros podía devolvernos la salud” (Bateson, 1998, p.343).

Finalmente, el modelo compensatorio, considera al individuo no responsable de su enfermedad, pero, sí, de su recuperación. Según este modelo, la adicción tiene una etiología biológica y de aprendizaje, también, que el individuo no domina. Considera que es una conducta adaptativa aprendida para enfrentar factores estresantes. A partir de esta posición, algunos han sugerido ver la adicción como problema biopsicosocial, por la concurrencia de varios factores en la génesis de la misma (Graña Gómez, 1996).

En los últimos años se ha venido hablando de reducción de daños y medicación, lo cual tiende a llevar la discusión sobre la visión salubrista en lugar de la punitiva. Este modelo de reducción de daños corresponde a un nuevo modelo de tratamiento para las dependencias y surgió en Inglaterra durante la segunda mitad del siglo XX, debido a la alta prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los usuarios de drogas inyectables. Se considera que los usuarios de drogas lo hacen para defenderse del dolor intolerable de las situaciones de vida (Newcombe y Parry, 1988, en Shernoff, 1991).

Estos acercamientos son revolucionarios al considerar que la gran mayoría de los programas asistenciales para usuarios de drogas se dirigen aún hoy a la abstinencia. La reducción de daños es un conjunto de estrategias dirigidas a reducir las consecuencias negativas del uso de sustancias, que incorpora algunos métodos que van desde el uso con riesgos menores, uso controlado y, finalmente, la abstinencia.

Los modelos o las categorías de Brickman y otros (1982, mencionado en Graña Gómez, 1996) son moral, médico, iluminativo y compensatorio y tienen la particularidad de poner el foco de atención en alguno de los componentes de la adicción, y le concedieron un peso mayor en la producción de la subjetividad y de la psicopatología, según sea el modelo del cual se parta. El modelo médico, por ejemplo, busca conocer o comprender la psicopatología del hombre al ubicar en el organismo humano los desórdenes o enfermedades. Busca la enfermedad en órganos específicos y deja de lado aspectos psicológicos o sociales. Dicha postura a la cual se ha denominado organicista.

Al retomar los marcos referenciales de la adicción, dentro del modelo médico debe considerarse el abordaje clínico del psicólogo en el tratamiento. La mirada del psicólogo se dirige al aspecto psicológico, dejando de lado los otros componentes. En su abordaje, el psicólogo no hace diferencia entre las intervenciones a esta población y la que brinda para otras condiciones o enfermedades mentales (Matellanes Matellanes, 2000). Para la autora, sin embargo, hay tres diferencias en el tratamiento a esta condición mental y las otras. Una obedece a la complejidad de esta enfermedad que conlleva morbilidad y comorbilidad, la segunda a la variedad de tratamientos, como ambulatorios, residenciales de corta, media y larga duración, comunidades terapéuticas y medicación, y el tercer argumento se refiere a la complejidad de referidos y seguimientos a largo plazo.

Fernández-Hermida y Secades-Villa (2001) refieren algunas técnicas psicológicas cuya efectividad ha sido destacada por el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 1999), entre las cuales nombran técnicas conductistas operantes (para el manejo de contingencias) y el condicionamiento clásico, junto al abordaje cognoscitivo conductual. En ocasiones, puede ser efectiva una combinación de las tres técnicas. Existe un importante soporte científico que avala la eficacia de las técnicas mencionadas. Estas terapias de modificación de conducta son tratamientos empíricamente validados y se consideran estrategias esenciales para el tratamiento efectivo de la drogadicción (NIDA, 1999).

Las terapias farmacológicas y las psicológicas no han de entenderse como estrategias competitivas, sino complementarias. Según Fernández-Hermida y Secades-Villa (2001), los tratamientos funcionan cuando se pasa un tiempo suficiente en ellos y hay diferencia significativa en cuanto a no tratamiento o solo desintoxicación comparado con un programa residencial de largo término. Hay una consistente correlación positiva entre el tiempo que lleva el sujeto en el tratamiento y las posibilidades de éxito (Simpson, 1993). Ambos se miden en los términos que define el propio programa terapéutico.

Conclusiones

Después de haber realizado un recuento de las bases neurobiológicas de la dependencia a sustancias psicoactivas y partiendo de la mirada social, al considerar la deconstrucción de la misma y su imaginario social, es posible apreciar, por qué esta problemática de la dependencia a drogas o alcohol representa hoy un reto para todos aquellos profesionales relacionados directa o indirectamente a esta patología.

Primero, el aumento progresivo de uso de sustancias psicoactivas evidenciada en los siguientes datos: la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe del 2002 declara que el 8,9% de

la morbilidad mundial se atribuye al uso de sustancias psicoactivas, asociadas estas en un 4% al alcohol y 0,8% a drogas ilícitas, Robinson y Berridge (2003) dicen que entre los americanos 60% han probado alguna vez en la vida drogas ilícitas siendo la prevalencia de 32%. Si se incluyera el alcohol, el porcentaje subiría a más del 90% en esta población. Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (*National Institute on Drug Abuse*, NIDA, por sus siglas en inglés, 2008), el 51,6% de los estadounidenses de 12 años en adelante usaron alcohol 30 días antes de la investigación, lo que contrasta fuertemente con el 76,8% de los puertorriqueños que dijeron haberlo utilizado (NIDA, 2008). En España, el alcohol es la sustancia tóxica más consumida: el 60,7% de la población declara haberlo consumido durante los 30 días previos a ser encuestados, el 12,9% lo hace diariamente y un 9,3% se había emborrachado alguna vez durante el último año, según encuesta domiciliaria sobre drogas de 1999. Segundo, su vinculación neurobiológica y social al mismo tiempo. El papel relevante del núcleo *accumbens* y la corteza prefrontal, como reforzadores de las conductas adictivas, que las neuroimágenes no dejan duda alguna de la vinculación neurobiológica de estas, junto a la genética de las adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas, o por lo menos la vulnerabilidad genética. La construcción social de la realidad, el surgimiento del sujeto y la subjetividad como condiciones de la vida moderna, conducen a un cuestionamiento de todo el andamiaje terapéutico.

La psicología social ha ido incorporando abordajes psicosociales a los problemas de salud, incluida la dependencia a sustancias psicoactivas, sin embargo, este abordaje biopsicosocial no ha tenido mucho éxito palpable. El abordaje social comunitario podría contribuir a vincular la problemática a soluciones, puesto que parte de la premisa de que la comunidad posee recursos para solucionarlos. La intervención comunitaria es limitada en su campo de acción por su intervención básicamente con comunidades y, además, su práctica pretende mejorar las condiciones de vida, vista está desde lo económico, no menos que la problemática de la dependencia a sustancia psicoactivas afecta mucho más a las poblaciones de escasos recursos; al menos, estas no cuentan con el acceso a programas de tratamiento privados dentro y fuera del país y sus opciones terapéuticas se limitan al IAFA, que públicamente ha aceptado la escasez de centros de tratamiento, a Hogares Crea, con problemas evidentes de financiamiento y a centros cristianos.

Si los consumidores siguen siendo criminalizados en lugar de facilitarles un apropiado acceso a servicios de salud, si las trasgresiones a las leyes los convierten en criminales y, por ende, responsables, pero no de recuperarse de su enfermedad, sino de cumplir con una sentencia por no cumplir con el encargo social, es necesario dirigir los esfuerzos en una sola dirección y esta dirección se trata de la prevención y la comunidad. Tal vez, de esa forma, se empiecen a ver resultados positivos en abordaje y posterior tratamiento de esta compleja condición.

Referencias

- Adinoff, B. (2004). Neurobiologic processes in drug reward and addiction. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 305-320. doi: 10.1080/10673220490910844
- Aguilar, N. (5 de julio de 2010). 1500 adictos atacan y roban en calles de Área Metropolitana. *La Nación*, p. 14. Recuperado de <<http://www.nacion.com/2010-07-05/Sucesos/NotaPrincipal/Sucesos2432864.aspx?Page=3>>.
- Amador, G. (11 de marzo de 2011). Consumo de drogas en Costa Rica y su relación con la violencia. *La Nación*, p. 40. Recuperado de <<http://www.nacion.com/2011-03-11/Opinion/Relacionados/Opinion2710891.aspx>>.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Argentina: Lohlé-Lumen. Recuperado de <<http://www.cesarescobar.cl/attachments/article/87/Bateson...pdf>>.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (1978). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu, pp. 185-216. Recuperado de <<http://www.universitas.net.ve>>.
- Bonson, K. (ago, 2003). Brain activity during cue-induced craving. *Science & Practice Perspectives*, 2(1), 64.
- Center for Substance Abuse Treatment (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35*. (Department of Health and Human Services [DHHS] Publication No. (SMA) 99-3354). Rockville, MD: U.S. DHHS, Public Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Cervera, G., Haro, G., Martínez-Raga, J., Bolinches, F., Vicente de, P. y Valderrama, J. C. (2001). Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y la neurociencia. *Trastornos Adictivos*, 3(3), 164-171.
- Cordero, T., Dobles, I. y Pérez, R. (Comp.) (1996). *Dominación social y subjetividad*. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Fernández-Hermida, J.R. y Secades-Villa (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.

- Ferrando, R., Bocchino, S., Barrachina, A., Ferro, A. L., Rodríguez, J. M., Silveira, A., Ventura, R., Gioia, A., López, A., Langhain, M., Cardoso, A., Zurmendi, P., Triaca, J. y Lago, G. (ago, 2009). Alteraciones de la perfusión cerebral en consumidores activos de pasta base de cocaína. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 73(1), 51-62. Recuperado de <http://www.spu.org.uy/revista/ago2009/02_TO_04.pdf>.
- Foucault, M. (1990). *Las tecnologías del yo. Y otros textos afines*. España: Paidós Ibérica. Recuperado de <<http://es.scribd.com/doc/19287117/Foucault-Michel-Tecnologias-Del-Yo-y-Otros-Textos-Afines>>.
- Gómez-Jarabo, G. y Alonso-Fernández, F. (abril, 2001). Consideraciones psicobiológicas sobre las adicciones alimentarias. *Salud Mental*, 24(2), 17-24.
- Graña Gómez, J. L. (1996). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Ibáñez Gracia, T. y Jiménez-Domínguez, B. (2001). *Psicología social construccionista*. México: Universidad de Guadalajara.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2010). Investigaciones sobre Alcoholismo y Farmacodependencia Costa Rica, 2006-2010. San José, Costa Rica: IAFA. Recuperado de <<http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/Investigaciones%20Sobre%20Alcoholismo%20y%20Farmacodependencia%20Costa%20Rica%202006-2010.pdf>>.
- Kalivas, P. W. y Volkow, N. D. (ago, 2005). The neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1403-1413.
- Klotchkov, A. (2006) Análisis de los genes candidatos DRD2 y DRD4, como base de la predisposición genética para el alcoholismo, caso del Valle Central de Costa Rica, *Crisol, Revista de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Costa Rica*, 15, 34-36. Recuperado de <http://www.odi.ucr.ac.cr/medios/documentos/crisol/revista_crisol_15.pdf>.
- Matellanes Matellanes, M, (nov, 2000). Análisis de la evolución de la respuesta asistencial en drogodependencia durante la última década. *Papeles del Psicólogo*, 77, 13-17. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=841>
- Mucio, J. M. (dic, 2007). La neuroquímica del estrés y el papel de los pépticos opioides. *Revista de Educación Bioquímica*. 26(4), 121-128.

- National Institute on Drug Abuse (1999). *Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en investigaciones*. (Número 1, Parte 4180, National Institute of Health [NIH] publication). Estados Unidos: NIH
- National Institute on Drug Abuse (2008). *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recuperado de <<http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k8nsduh/2k8Results.cfm#TOC>>.
- Nestler, E. J. (dic, 2005). The neurobiology of cocaine addiction. *Science & Practice Perspectives*,3(1), 4-10.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de <<http://www.who.int/whr/2002/es/>>.
- Rodríguez, I. (17 de abril de 2011). País tiene más adicción al tabaco y al alcohol. *La Nación*, p. 20A. Recuperado de <<http://www.nacion.com/2011-04-17/AldeaGlobal/Relacionados/AldeaGlobal2749961.aspx>>.
- Purcell, N. (2003). *El discurso periodístico como texto en la representación del deambulante*. (Tesis inédita). Universidad de Puerto Rico.
- Robinson, T. E. y Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145237
- Rubio, G. (2001). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. España: Médico Panamericano.
- Shernoff, M. (Ed.) (1991). *Counseling Chemically Dependent People with HIV Illness*. New York: Haworth Press. Recuperado de <<http://books.google.co.cr/books>>.
- Simpson, D. D. (junio, 1993). Drug treatment evaluation research in the United States. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7(2), 120-128. doi: 10.1037/0893-164X.7.2.120
- Sánchez Fonseca, I. (2010). *Estudio de UNIMER para La Nación, Costa Rica 2010*. San José, Costa Rica: UNIMER. Recuperado de <<http://www.unimercentroamerica.com/blog/percepcion-de-la-violencia-victimizacion/>>.

Ventura, R., Alcaro, A., Cabib, S., Conversi, D., Mandolesi, L. y Puglisi-Allegra, S. (enero, 2004). Dopamine in the medial prefrontal cortex controls genotype-dependent effects of amphetamine on mesoaccumbens dopamine release and locomotion. *Neuropsychopharmacology*, 29(1), 72-80. doi: 10.1038/sj.npp.1300300

Young, A. M. J., Joseph, M. H. y Gray, J. A. (june, 1992). Increased dopamine release *in vivo* in nucleus accumbens and caudate nucleus of the rat during drinking: A microdialysis study. *Neuroscience*, 48(4), 871-876. doi:10.1016/0306-4522(92)90275-7

Recibido 5 de agosto de 2011

Revisión recibida 26 de marzo de 2012

Aceptado 01 de junio de 2012

Reseña de la autora

Flora Wille-González obtuvo su Ph.D. en Psicología Social-Comunitaria en la Universidad de Puerto Rico, después de haber hecho su maestría en Psicología Clínica en la Universidad Autónoma de Santo Domingo y la licenciatura en Psicología en la Universidad de Costa Rica. Ha trabajado en la docencia a nivel universitario y ha trabajado en diversos ámbitos de la clínica y ha coordinado programas de tratamiento para dependencia de drogas en Centroamérica.

El tránsito vehículo-peatonal desde un punto de vista psicocultural

Pedestrian-Vehicle Transit from a Psychocultural Point of View

Gilbert Ulloa Brenes

Universidad Estatal a Distancia

Resumen

El objetivo de este artículo es proponer una serie de insumos epistemológicos y teóricos, como aproximación psicocultural, desde la cual se entienda el tránsito de vehículos y peatones en calidad de campo cultural propio de la sociedad moderna industrializada. Dicha propuesta sintetiza parte de los resultados de una investigación básica previa. La idea central de este trabajo supone que, en el tránsito vehículo-peatonal, se expresan aspectos como el ideal del maquinismo, algunos elementos de la ideología capitalista y una forma particular de constitución de los sujetos que participan en él. La construcción teórica se basa en las tesis de Max Horkheimer sobre las determinaciones sociales en procesos como la percepción y la formación de conceptos, las formulaciones de Pierre Bourdieu respecto a la constitución de los campos sociales y la perspectiva de Jacques Lacan en torno a lo simbólico y la identificación. A partir de esta propuesta, se concluye que una perspectiva psicocultural del tránsito de vehículos y peatones se basaría en la indagación sobre la racionalidad y la ideología imperante en los fenómenos asociados al tránsito vehículo-peatonal, en la consideración de la estructura particular de este campo y en la forma como lo simbólico ubica a los sujetos participantes en él.

Palabras clave: Psicología, cultura, subjetividad, tránsito, Max Horkheimer, Pierre Bourdieu, Jacques Lacan

Abstract

This article proposes a series of epistemological and theoretical elements through a psychocultural perspective in which pedestrian and vehicle transit are considered a cultural field that is inherent to modern industrial society. The present work synthesizes some of the results of a previous research project on how pedestrian-vehicle transit embodies the ideal of mechanization, some elements of capitalist ideology, and a particular pattern in the subjects that are part of it. Theory construction is based on Max Horkheimer's thesis that social determinations affect perception and concept construction, Pierre Bourdieu's formulations on the structure of social fields, and Jacques Lacan's view of symbolic order and subject identification processes. Derived from this premise, it may be concluded that a psychocultural view of pedestrian and vehicle traffic is based on inquiry into prevailing rationality and ideology, the particular structure of this field, and ways in which the subjects that participate in it are symbolically situated.

Keywords: psychology, culture, subjectivity, transit, Max Horkheimer, Pierre Bourdieu, Jacques Lacan

Gilbert Ulloa Brenes, Programa de Producción de Material Didáctico Escrito, Universidad Estatal a Distancia.

Dirigir correspondencia a Gilbert Ulloa Brenes, dirección electrónica: gilbertodalier@hotmail.com

Este artículo recupera algunas de las ideas expuestas en una ponencia inédita (Ulloa, 2007a) presentada en octubre del 2007 durante la Semana de Psicología organizada por la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional de Costa Rica.

La seguridad vial y el tránsito de vehículos y peatones, en general, son hoy temas prioritarios para organizaciones internacionales y gobiernos nacionales, debido al alarmante crecimiento en las cifras de muertes y lesiones en carreteras alrededor del mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2004).

Dentro de este escenario, la psicología del tránsito (o psicología del tráfico como se estila en otros países) se ha desarrollado desde una perspectiva predominantemente cognitivo-conductual como un área definida, tal como indica de manera sintética Rothengatter (1997), por el estudio de la conducta de los usuarios de carreteras y los procesos psicológicos que subyacen a esa conducta “*the study of the behaviour of road users and the psychological processes underlying that behaviour*” (p. 223).

En otro lugar, Ulloa (2007a) señaló cómo una concepción de la psicología del tránsito así abstrae el comportamiento de los usuarios de los aspectos históricos y culturales en que se enmarca el uso de las carreteras. Según esta crítica, por ejemplo, un problema como la actitud hacia el comportamiento infractor no se puede reducir a ciertas inclinaciones de la personalidad de peatones o conductores para cometer ilícitos, sino que se deben considerar factores de orden cultural (estereotipos hacia otros usuarios, imagen del espacio, conocimiento de la legislación, etc.) e histórico (aumento de la flota vehicular, horarios de entrada y salida de los lugares de trabajo, etc.) respecto a la manera en que peatones, pasajeros y conductores participan dentro de las carreteras.

Tener en cuenta estos factores supone, entonces, una primera tarea: la necesidad de ampliar las perspectivas epistemológicas y teóricas de un área como la psicología del tránsito al incluir en su estudio aspectos sociales, históricos y culturales.

Esta sería una tarea perentoria para la psicología costarricense pues, si bien a nivel internacional, la psicología del tránsito es ya un área de estudios reconocida y de un amplio historial, en Costa Rica se carece aún de formulaciones sistemáticas que gocen del aval de las instancias académicas y gubernamentales para un trabajo más amplio. Existen, eso sí, algunos documentos (Arias y Navarro, 2010; Ávila, 2010; Hernández, 2003; Leandro, s.f.; Moreno y Monge, 2009; Ortiz, 2007; Sánchez, 2009; Ulloa, 2007a; Umaña, 2010) e iniciativas de organismos como el Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica o la Dirección General de Educación Vial, que son valiosos antecedentes para la construcción de esta área a nivel nacional.

De manera esquemática, se puede afirmar que en otros países, el desarrollo de la psicología del tránsito presenta dos tendencias principales: (a) en términos teóricos hay un fuerte énfasis en enfoques de tipo cognitivo-conductual y, (b) en términos metodológicos, predomina la realización de estudios de corte cuantitativo (cuyo énfasis es la medición estadística de variables) y experimentales (al someter hipótesis a prueba).

Dentro de estas tendencias, de acuerdo con los antecedentes presentados por Ulloa (2007a), es posible hallar estudios referidos a temáticas como (a) la influencia de la realimentación o la autorregulación en los estilos de manejo, (b) el procesamiento de la información en términos de representaciones mentales, (c) percepciones sobre la seguridad y el riesgo asumido, (d) la comprensión de las señales de tránsito entre conductores y peatones, (e) la formulación de propuestas metodológicas en torno al uso de determinados instrumentos, para la evaluación de diferentes variables asociadas a fenómenos cognitivo-conductuales en el tránsito, (f) la influencia de factores culturales en el comportamiento de conductores al emplear instrumentos estandarizados con los que se pretende predecir el comportamiento infractor y (g) la aplicación del Psicoanálisis a la interpretación de los accidentes de tránsito en relación con contenidos inconscientes.

Weinsenthal (2012), por su parte, ha señalado otros temas enfocados en el comportamiento del chofer que se estudian desde la Psicología del tránsito, entre ellos se pueden destacar los siguientes: el impacto del consumo de alcohol o drogas en la conducción, el manejo agresivo, la educación de conductores y su aptitud para manejar vehículos, situaciones asociadas a factores biológicos como el adormecimiento, el envejecimiento o la reducción del estrés, así como la influencia de los medios de comunicación en la conducta de manejo y el apoyo a programas de evaluación para conductores.

Sin embargo, en esos estudios, la consideración de los factores culturales es tangencial, o se limita a comparaciones entre grupos de usuarios de carreteras en diferentes países alrededor de un mismo problema de investigación y a través de instrumentos estandarizados.

Tomando en cuenta ese panorama, este artículo busca aportar algunos elementos epistemológicos y teóricos que, quizá, permitan construir una psicología cultural del tránsito vehículo-peatonal como área de estudio emergente en la psicología costarricense.

Para ello, es fundamental observar cómo, en primer lugar, el tránsito vehículo-peatonal emerge históricamente con la evolución de las sociedades modernas e industrializadas, hasta llegar a constituirse en un campo cultural en donde el dominio de la movilidad se estructura según ciertas reglas específicas, para luego tender algunas líneas teóricas que permitan sustentar epistemológicamente esta aproximación.

El tránsito vehículo-peatonal como fenómeno de la sociedad moderna industrializada

Históricamente, los productos del desarrollo técnico, que llegan a formar parte del diario vivir, como es el caso de los automóviles, y se convierten en herramientas necesarias, impelen a los usuarios a organizar buena parte de sus actividades cotidianas alrededor suyo y dentro de sus condiciones sociales de uso. Así, la locomoción humana, el transporte de mercancías y la

infraestructura para el tránsito terrestre han estado sujetos a las características particulares de un campo como el del tránsito vehículo-peatonal; campo que a su vez está cultural e históricamente estructurado y que hoy forma parte de manera insoslayable en las más variadas actividades humanas relacionadas con la movilidad de personas y mercancías.

En primera instancia, por tratarse de un campo cultural e históricamente estructurado, se debe tener en cuenta la racionalidad social imperante que opera a modo de marco ideológico en la administración de la movilidad humana y mercantil que acontecen en su interior. Ello implica una aproximación histórica al surgimiento del fenómeno del tránsito vehículo-peatonal que permita reconstruir, al menos hipotéticamente, la entronización de ciertas pautas habitualizadas, que rigen actualmente la movilización mecanizada.

En ese sentido, la tesis básica desde la cual se parte es que el tránsito vehículo-peatonal constituye un campo cultural en el que participan diferentes categorías de agentes-usuarios (peatones, conductores, pasajeros) y en donde hay una estructura de administración de la movilidad (entendida de manera amplia como locomoción, transporte e infraestructura), que nació como requerimiento de una sociedad económica y culturalmente industrializada. En este campo, siguiendo a Kuczynski (1979), se pueden reconocer a la vez ciertas estructuras de relaciones sociales a las que los estilos de movilidad individuales tienden a adaptarse.

Culturalmente, la adaptación a esas relaciones expresa el sentido social que tiene para los sujetos formar parte de un fenómeno, cuyo significado guarda relación con la forma como históricamente se implantó una determinada concepción del movimiento masivo.

Desde la Revolución Industrial (siglos XVIII al XIX), con su evolución científico-tecnológica proclive a la mecanización del trabajo y al dominio de la naturaleza, emergieron artefactos técnicos como la máquina de vapor primero y el automóvil después que respondían a las necesidades sociales de la producción capitalista. Por ello, no resulta extraño advertir que, a partir de entonces, la mecanización de la locomoción humana y del transporte redundaron en el surgimiento de un campo cultural, cuyas repercusiones afectarían de modo creciente las formas sociales de movilidad.

En efecto, la creación de la máquina a vapor, como antecedente técnico del automóvil, trajo consigo nuevas perspectivas sobre el transporte de personas y mercancías (Burns, 1978; Efimov, Galkine y Zoubok, 1964). Por ejemplo, estas permitieron incrementar la producción y la salida al mercado de las mercancías, así como el traslado de grandes cantidades de obreros hacia los lugares de trabajo, lo cual aceleró la producción y abarató la mano de obra. De este modo, la aplicación del vapor a los transportes transformó parte sustancial de la sociedad a partir de la Revolución Industrial, pues, desde entonces, en muchas ciudades se empezaron a construir vías de comunicación apropiadas para los nuevos medios de transporte (Efimov, Galkine y Zoubok, 1964).

Además, el maquinismo industrial trajo consigo una mayor experiencia de alienación del ser humano respecto a las formas de organización y producción, pues, en ellas el eficiente empleo de las máquinas devino un fin en sí mismo, y se incrementó no solo la dependencia humana a las máquinas para la realización de las más cotidianas tareas, sino también la mutación de la persona en una especie de apéndice mecánico.

El transporte mecanizado, la masificación y el ideal de la racionalización de la movilidad

Hacia la segunda mitad del siglo XIX, los primeros intentos por crear automóviles no pasaron de ser en principio invenciones de máquinas enormes, de costosa fabricación y baja rentabilidad. En 1886, con la invención del motor de combustión interna por Gottlieb Daimler, que se contó con la tecnología básica necesaria para la construcción de los automotores modernos.

Sin embargo, fue hasta 1909 cuando inició propiamente la era de la fabricación masiva y expansión popular del automóvil, gracias a la salida al mercado de los primeros modelos *T* ideados por Henry Ford, que constituía el prototipo de automóvil producido en serie y cuyo precio lo tornaba accesible a una vasta cantidad de compradores (Pell, 1968). Así, desde los días de Ford, el mundo ha sido literalmente atropellado por la boyante industria automotriz y por el creciente consumo de vehículos.

Por ejemplo, en el año 1948 la producción mundial de automóviles fue de 4,590,423 vehículos (Roca, s.f.), mientras tanto, ya en el 2010 esa cifra había aumentado 12 veces a 58,478,810 de autos producidos en todo el mundo (Huynh, 2011).

Esta histórica “explosión automotriz” trajo consigo serias interrogantes sobre la situación de los seres humanos en tanto que peatones, pasajeros y conductores. Así, para Cal (1972), en poco más de cien años de evolución de la tecnología automovilística, los usuarios no han logrado adaptarse al medio motorizado, pese a que tal inadaptación funcional se podría oponer a una adaptación subjetiva a las determinaciones sociales, culturales e históricas que han configurado el fenómeno del tránsito vehículo-peatonal hasta hoy.

Si se considera la producción en masa de automóviles y el desarrollo de la infraestructura para la circulación de vehículos motorizados como expresiones de un cierto tipo de desarrollo social, ello supone que en el tránsito vehículo-peatonal las formas de participación de los usuarios han sido históricamente permeadas, al menos, por los criterios de una ideología del desarrollo de cuño liberal-capitalista y por su propensión a la instrumentalización de la vida. Por ello, según sugiere Veraza (2008), el automóvil y la participación de peatones, pasajeros y conductores en el tránsito cotidiano históricamente dejó de ser un simple problema de locomoción funcional para

devenir en una pieza clave dentro del engranaje de la producción capitalista, por lo que resulta primordial observar el tránsito dentro de la lógica general de producción maximizada y obtención de plusvalía propia del capitalismo.

Además, los valores del pensamiento moderno apuntalados por el ingente progreso científico y técnico experimentado a partir de la Revolución Industrial, fueron determinantes en el devenir del tránsito vehicular y peatonal.

Siguiendo estos planteamientos, llama la atención cómo el usuario de carreteras derivó en una especie de participante anónimo dentro del campo cultural del tránsito vehículo-peatonal (el cual aparecería como un “no lugar” antropológico, según el término de Augé, 2006), en donde la administración de la movilidad se regiría por el criterio del libre movimiento individual y bajo el ideal de la maximización de recursos y la generación de ganancias.

El anonimato del usuario de carreteras correspondería, pues, a una tendencia antropológica en donde el sujeto (en su rol de peatón, conductor o pasajero) se diluye dentro del sistema y resulta abstraído de sus condicionamientos sociales, culturales y económicos, es decir, se masifica dentro de los criterios de la racionalidad instrumental, propia del capitalismo, para ofrecerle a través del consumo ostentoso de vehículos, de la puesta a su disposición de medios de transporte más seguros y veloces, de la posibilidad de llegar más rápido a su destino (que generalmente es el lugar de trabajo), o de los análisis ahistóricos de las ciencias encargadas de estudiar los problemas del tránsito (incluida, claro está, la Psicología), la ilusión de una libertad individual que oculta la sujeción instrumentalizada de su movilidad.

Incluso, en la sociedad industrial moderna, el anonimato del usuario de carreteras deriva en la promoción de ciertos clisés analíticos de tipo moral cuya ponderación se asocia a la productividad o improductividad del evento: el accidente de tránsito aparece como un problema propio de la general falibilidad humana, mientras el conductor o el peatón en su respectiva imprudencia, aparecerá como responsable directo de la fatalidad. Nunca podrá achacarse la temeridad o la irresponsabilidad al conducirse por las vías públicas, a la influencia de una racionalidad cultural que impulsa a la velocidad o al riesgo como respuesta a un criterio social de productividad.

Pero ¿cómo se produce la adaptación o inadaptación histórica de los sujetos dentro del campo del tránsito vehículo-peatonal?, ¿cuáles características presenta el poder social que enmarca el actual aspecto del campo del tránsito vehículo-peatonal?, ¿cuáles síntomas de este campo simbolizan problemáticas sociales, culturales y hasta económicas?

Las respuestas, que se puedan ensayar en torno a problemas como estos, deben partir de una perspectiva epistemológica y teórica que tome en cuenta las características culturales e históricas en que se ubica el campo.

Elementos epistemológicos y teóricos para el estudio psicocultural del tránsito vehículo-peatonal

En la línea de argumentos que se han venido ofreciendo, concebir epistemológicamente una psicología cultural del tránsito vehículo-peatonal, supone entender de manera estructural los fenómenos asociados a este campo distinguiendo sus relaciones, las normas estructurantes de esas relaciones y los sujetos que se relacionan a partir de esas normas.

En esos términos, es plausible considerar que si desde un énfasis en lo cultural la Psicología se ocupa de indagar, cómo los procesos de estructuración significativa (que dan sentido al mundo) repercuten en la subjetividad, según la perspectiva que ya se ha expuesto en otro lugar (Ulloa, 2007). Su óptica ofrece un marco para el análisis sobre cómo la estructuración significativa del sujeto informa de la ideología, las relaciones, los hábitos y los agentes del campo del tránsito vehículo-peatonal.

Para el desarrollo investigativo de esta perspectiva, se partió de una versión teórica tripartita elaborada desde algunos aportes de la teoría crítica de Horkheimer, la sociología de Bourdieu y el estructuralismo psicoanalítico de Lacan, en relación con tres caras de un mismo fenómeno: (a) las determinaciones que marcan al sujeto en su forma de conceptualizar su participación en el campo cultural del tránsito vehículo-peatonal, (b) la habitualización de esas determinaciones transformadas en disposiciones lógicas y prácticas respecto a esa participación y (c) desde su participación en ese campo, la regulación simbólica de su identificación como sujeto.

Las determinaciones de lo subjetivo en el tránsito vehículo-peatonal

Un primer vértice teórico consiste en la perspectiva de Horkheimer (1973, 2000, 2003) con quien se puede reconocer la distinción entre concepciones “tradicionales” y “críticas”, que se hace el sujeto respecto al mundo que lo rodea.

En efecto, si para este autor una perspectiva crítica se puede entender como “el esfuerzo intelectual, y en definitiva práctico, por no aceptar sin reflexión y por simple hábito las ideas, los modos de actuar y las relaciones sociales dominantes” (Horkheimer, 2003, pp. 287-288). Por contraparte, el saber de tipo “tradicional” deja de lado las determinaciones sociales e históricas del conocimiento y está en pleno acuerdo con las condiciones socioeconómicas dominantes, al devenir, según Horkheimer, en ideológico. La superación del conocimiento tradicional supone

una necesaria transformación del saber a través del descubrimiento de las relaciones veladas entre los hechos que rodean al sujeto, las cuales “solo se pueden comprender en relación con procesos sociales reales” (Horkheimer, 2000, pp. 29-30).

De acuerdo con este planteamiento, la teoría crítica o concepción crítica del mundo social (como se puede llamar aquí) supera la abstracción de los hechos sociales al plantear que la actividad humana, cualquiera que esta sea, corresponde y tiende a adaptarse al conjunto de las relaciones sociales ideológicamente amalgamadas, es decir, a señalar las constricciones por las que la estructura social somete al individuo. Además, los hechos que componen el contexto social y el conocimiento sobre estos estarían marcados por una serie de conceptos previamente elaborados. Se puede reconocer en este proceso una *determinación percepto-conceptual* (de origen social e histórico) del conocimiento que tiene el sujeto del entorno en que realiza sus actividades.

De este modo, se generan formas tradicionales de concebir el mundo, coincidentes plenamente con parámetros ideológicamente establecidos, en virtud de los cuales el sujeto ajusta su actividad a lo que se podría llamar una visión dominante, y se escamotea, a sí mismo, la posibilidad de comprender las determinaciones perceptivas y conceptuales de origen social, que subyacen a la pretendida naturaleza inmutable del mundo y de sus propias acciones. La concepción crítica, por contraparte, apunta a recobrar para el sujeto la percepción y la concepción de las determinaciones sociales de esas relaciones tenidas por naturales.

Para Horkheimer, en su perspectiva sobre la relación individuo-sociedad y en abierta denuncia de la alienación padecida por el ser humano, el individuo cuya razón se concebía en la línea crítica de la Ilustración como instrumento del yo, ha acabado en la sociedad moderna industrializada por ser instrumento de una racionalidad social masificadora que “se ha vuelto irracional y tonta” (1973, p. 138).

Esta alienación supuso que el individuo, como ser consciente de sí mismo, es decir, consciente de su identidad, cediera ante el avance de la sociedad moderna y, en especial, de la entronización de la cultura de masas hacia una masificación de su individualidad, que lo alienó cada vez más al engranaje aglutinante de los tergiversados intereses dominantes. Se produjo, de este modo, una creciente tendencia a la disolución de la *individuación identitaria*, en la que el individuo aparece como sujeto capaz de actuar con base en una racionalidad substancial, hacia lo que se puede reconocer como un proceso de *masificación identitaria*, en el que el sujeto queda alienado a la racionalidad social imperante.

Entonces, la individuación permitiría al sujeto conducirse de forma autónoma, sin embargo, la masificación lo lleva a confundir su conciencia con el “poder sobre las cosas”, lo cual implica, según Horkheimer (1973), que

Cuanto más intenso resulta el interés de un individuo respecto al poder sobre las cosas, tanto más lo dominarán las cosas, tanto más le faltarán rasgos verdaderamente individuales, tanto más su espíritu se transformará en autómatas de la razón formalizada (p.139).

Esta masificación que aliena al individuo al poder de las cosas, se afirma sobre la base de un desarrollo técnico y científico “bárbaro”, pues “la circunstancia de que el desarrollo ciego de la técnica acentúe la opresión y la explotación social amenaza con invertir, en cada etapa, al progreso en su contrario, la plena barbarie” (Horkheimer, 1973, p.143), y se apuntala con los contrafuertes de los aparatos de la cultura de masas (la televisión, por ejemplo), encargados de reproducir partes de la vida cotidiana cargadas con un alto grado de contenido ideológico, en detrimento de una individualidad reflexiva.

Según las anteriores ideas, corresponde a la investigación psicocultural del tránsito vehículo-peatonal reconocer críticamente las características de este campo a través de las formas culturales de movilización vehicular y peatonal, al cuestionar si los desarrollos tecnológicos y la administración de la movilidad, que forman parte de este, corresponden a una racionalidad que propende a la naturalización de esquemas de percepción y concepción tradicionales (en el sentido con que Horkheimer habla de lo tradicional epistémico) y a la masificación alienante de los sujetos que participan en ese campo cultural.

En síntesis, la perspectiva crítica horkheimeriana ofrece dos aspectos medulares para la construcción teórica de la psicología cultural del tránsito vehículo-peatonal:

1. Una concepción del conocimiento que, dentro de las condiciones de la sociedad moderna, habla de la *determinación perceptual y conceptual* redundante en dos sistemas de pensamiento: uno, el “tradicional”, que abstrae los objetos desligándolos de sus condiciones históricas para naturalizar sus características; otro, crítico, que considera las determinaciones históricas y culturales que operan en la percepción y conceptualización de la realidad.
2. Un enfoque de la individualidad humana que distingue entre una *individuación identitaria*, garante de la autonomía y la actuación social, basada en principios objetivamente racionales, frente a la *masificación identitaria* a la que es sometido el sujeto en la sociedad moderna.

Este marco sobre las determinaciones del sujeto, en tanto participante del campo del tránsito vehículo-peatonal, se especifica más al advertir cómo estas se expresan a través de formas habitualizadas de acción, comprensión e identificación, socialmente establecidas al interior de este campo.

La estructura de los campos sociales y del sujeto

Al hablar del tránsito de vehículos y peatones como un campo cultural, es menester en primera instancia aclarar cuáles aspectos están implicados en su constitución para, después, proponer cómo se entendería la estructuración de los sujetos que participan en él.

Campo y habitus

Con respecto a la estructura del campo del tránsito vehículo-peatonal y las disposiciones prácticas y actitudinales de los usuarios de carreteras, se puede afirmar con Bourdieu (1997, 2003) que lo social se caracteriza por una doble estructuración: por un lado, los campos sociales, en cuanto estructuras objetivas, independientes de la conciencia y de la voluntad de los sujetos, que tienen la capacidad de coaccionar las prácticas sociales y las representaciones que de las mismas se hacen los individuos y, por otro lado, los *habitus* como estructuras subjetivas, correspondientes a los esquemas de percepción, pensamiento y acción, que constituyen socialmente al individuo.

La interacción de ambas estructuras permitiría explicar las particulares formas de expresión de las prácticas sociales. En primer lugar, un campo social es originalmente, según Bourdieu:

Un campo de fuerzas, cuya necesidad se impone a los agentes que se han adentrado en él, [a la vez que] un campo de luchas dentro del cual los agentes se enfrentan, con medios y fines diferenciados según su posición en la estructura del campo de fuerzas, contribuyendo de este modo a conservar o a transformar su estructura (1997, p. 49).

Cada campo, pues, posee sus leyes propias, por lo cual se debe evitar convertir en atributos intrínsecos de un grupo determinado aquellas propiedades determinadas por un momento y una posición concretas dentro del campo. Lo anterior implica que los campos sociales son espacios de acción históricamente constituidos, con instituciones y leyes de funcionamiento propias, estructurados a partir de las posiciones de los diferentes agentes (grupos, individuos representantes de colectivos) que participan en él. Los lugares ocupados por cada agente resultan de la distribución de ciertos bienes, llamados capitales, capaces de conferir poder al quien los posee (Bourdieu, 2003).

El *habitus*, además, puede entenderse como un conjunto de disposiciones lógicas y prácticas duraderas que determinan la forma de actuar, sentir o pensar de los sujetos. Este es producto de la coacción que ejercen las estructuras objetivas del campo social sobre la subjetividad, por medio de los procesos de inculcación que integran al individuo a lo largo de su historia personal (socialización familiar y escolar, participación en el trabajo).

Así, Bourdieu señala que el *habitus* aparece como

Un principio de visión y de división común, un *nomos*, que tenemos todos en mente, porque nos ha sido inculcado a través de una labor de socialización llevada a cabo en un universo que estaba realmente organizado (...) Este principio de construcción es uno de los elementos constitutivos de nuestro *habitus*, una estructura mental que, puesto que ha sido inculcada en todas las mentes socializadas de una forma determinada, es a la vez individual y colectiva (1997, p. 129).

En ese sentido, el *habitus* articula lo individual y lo social en el marco de un campo, bajo la forma de ciertas disposiciones a la acción del sujeto, pues “el *habitus* es esa especie de sentido práctico de lo que hay que hacer en una situación determinada” (Bourdieu, 1997, p. 40). De esta manera, alude al sentido práctico, a la movilización y la orientación del sujeto en circunstancias específicas que funcionarían a modo de automatismos; en suma, configuran una relación cognoscitiva en la que el *habitus* contribuye en la percepción del campo como mundo significativo dotado de sentido y valor para el sujeto.

Respecto al estudio del tránsito vehículo-peatonal, esta perspectiva permite especificar cómo las prácticas comunes de peatones y conductores están indefectiblemente transidas de las disposiciones lógicas y prácticas propias de los *habitus* inculcados, que sustentan ciertos comportamientos en las carreteras. Esta visión abre una veta para investigar cómo se interrelaciona la estructura del campo del tránsito vehículo-peatonal con la estructura subjetiva del *habitus* de peatones, conductores y pasajeros a partir de la lucha por la movilidad.

Así, se puede puntualizar que la determinación percepto-conceptual de que se habló en el apartado anterior, en el caso de conductores, peatones y pasajeros (a) solo es inteligible por la estructura de relaciones propia del campo del tránsito vehículo-peatonal, (b) además, es inculcada en estos agentes para formar un conjunto de disposiciones prácticas, proclives a la preservación de la estructura sistemática de este campo y (c) de acuerdo con la tesis de que la libertad de movilidad es el capital que funge a modo de elemento estructurante de las posiciones en este campo.

Orden simbólico e identificación

En relación con la estructura subjetiva del individuo, dos aspectos resultan de interés para el estudio psicocultural del tránsito de vehículos y peatones a partir de algunos aportes del psicoanálisis lacaniano: (a) la perspectiva dialéctica sobre la relación del sujeto y el orden de lo simbólico y, dentro de esa perspectiva, (b) la concepción sobre el proceso cultural de identificación.

En efecto, desde el punto de vista lacaniano lo simbólico-cultural, que incluye los diferentes modos del lenguaje y las instituciones que consolidan ciertas formas significantes como discursos, es el lugar que organiza y regula la condición del sujeto. Así, lo afirmó Hoezen Polack:

El sujeto, que se responsabiliza de su situación, por lo menos tiene que tener buena fe en la función del sistema de los significantes y los significados. Si el significante le presta, aunque sea momentáneamente, una cierta determinación y una posible significación, él tiene que abrirse y confiar en un pacto con la lógica del significante, que le articula (2002, p. 3).

El devenir psicocultural del individuo en cuanto sujeto implica que este viene al mundo desprovisto de cualquier constricción, gobernado únicamente por el deseo, más precisamente, por el deseo de ser reconocido por los otros como sujeto. Ese deseo, de cuya dinámica el psicoanálisis intenta dar cuenta, se moverá buscando su definitivo sentido en los múltiples objetos culturales que ofrece la realidad circundante. De este modo, el sujeto es incitado a dar un significado permanente, por así decir, a su deseo de ser-en-el-mundo, lo cual lo conduce a la búsqueda de su identidad en lo simbólico, o sea, en lo institucional del lenguaje con sus reglas, lugares ocupados, diferencias y encadenamientos significantes. Según esto, la posibilidad de identificación del sujeto solo se daría en su alienación en el sistema simbólico-cultural del que participa dentro de un determinado campo cultural. En esa búsqueda de identificación, son diferentes los elementos significantes los que participan al configurar estructuras simbólicas en las cuales el sujeto busca ser reconocido como tal.

En esas estructuras simbólicas, el sujeto deseante introduce la falta como ausencia de un objeto, o mejor dicho, de un significado que logre clausurar las apetencias de su deseo de ser. Para el enfoque lacaniano, solo el significante “fálico” consigue repletar la falta, por lo que en su devenir subjetivo, el individuo busca constantemente identificarse con este que podría ser el significante definitivo. Lo fálico, en cuanto simbólico, debe entenderse como “objeto significante último, que aparece cuando todos los velos son corridos y todo lo que se relaciona con él es objeto de amputaciones, de prohibiciones” (Lacan, 1979, p.112). La condición fálica de un significante solo tiene sentido en su relación con otros significantes que se estructuran como parte del lenguaje, del

discurso propio de un cierto campo cultural y solo es tal de acuerdo con las leyes de estructuración de dicho campo. Por ejemplo, en el caso del tránsito vehículo-peatonal, el carácter capital de la movilidad torna a este, estructuralmente, en un significante en función fálica dentro de ese campo.

En esas estructuras simbólicas, los significantes que ocupan una posición fálica funcionan, a modo de pivote, en torno al cual se organizan los demás significantes al instaurarse, de esta manera, una ley simbólica que legisla la posibilidad de ser del sujeto. Si la movilidad tiene al interior del campo del tránsito vehículo-peatonal, esa función fálica es alrededor suyo que se sustenta la significancia de los otros elementos simbólicos, incluida la posibilidad de identificación del sujeto (peatón, pasajero o conductor). Por ejemplo, la libertad de movilidad supedita a su carácter signifiante, el sentido que puede tener ser un conductor hábil, un peatón sagaz o un pasajero satisfecho, con el servicio que recibe, con lo cual identifica al sujeto como una cierta forma de usuario dentro del campo del tránsito vehículo-peatonal. Según esto, un campo cultural como el del tránsito vehículo-peatonal está regido por una ley de lo simbólico que regula las diferentes formas de identificación y relación entre los sujetos que participan en él (conductores, pasajeros y peatones), a partir de la administración de la movilidad en cuanto pivote alrededor del cual se estructuran los lugares ocupados por los sujetos y sus formas de identificación. Así, las posiciones de los sujetos al interior del campo del tránsito vehículo-peatonal, las desigualdades de su participación, así como la forma específica de identificarse como usuarios dentro del campo del tránsito, solo puede ser analizada por las relaciones, que los conductores, peatones y pasajeros sostienen entre sí en relación con la libertad de movilidad.

Ello implica que el abordaje de los procesos de identificación psicocultural, en este campo, debería partir del reconocimiento de que la libertad de movilidad, en cuanto significante en función fálica, marcaría estructuralmente la identificación de los sujetos como conductores, peatones o pasajeros y, consecuentemente, se extiende hacia la comprensión de la identificación como parte de una trama simbólica en donde el goce se da en el reconocimiento que se expresa en las prácticas de los usuarios del tránsito vehículo-peatonal. Pero este reconocimiento, que identifica al sujeto, a la vez, profundiza su enajenación respecto a la legalidad simbólica, pues el yo así estructurado, según Lacan

Es frustración en su esencia. Es frustración no de un deseo del sujeto, sino de un objeto donde su deseo está enajenado y que, cuanto más se elabora, tanto más se ahonda para el sujeto la enajenación de su gozo (1990, pp. 239-240).

El proceso de identificación cultural supone, entonces, que lo simbólico en el campo del tránsito vehículo-peatonal sustenta la estructuración de una precaria identidad como conductor, peatón o pasajero, a partir de la centralidad de la movilidad. Se trata, por lo tanto, de un “yo-

ocupante-automovilístico” o un “yo-peatón”, según sea el caso, marcado por las condiciones de producción de un entramado simbólico y unas prácticas instituidas en el campo del tránsito vehículo-peatonal que van desde la definición normativa de las leyes de tránsito, hasta las formas más comunes de interacción simbólica entre los usuarios de carreteras.

Por ejemplo, si consideramos un fenómeno como el de los pitazos, la forma y la ocasión como se dan, dicen más sobre el sujeto, que a través suyo enuncia su identificación en el lugar de la libre movilización, que sobre el conductor o peatón al que va dirigido. Si el pitazo iracundo se dirige a otro vehículo que demora al pasar por el semáforo, es porque “mi” libre movilización es impedida por ese demorado vehículo de enfrente.

El sujeto gozaría así la imposición de su ley por medio de los pitazos. También, la velocidad y las maniobras a ella asociadas (el falso adelantamiento o las competencias tipo “piques”) no solo hablan de un sujeto que ostenta las condiciones de su vehículo, implica además cierto goce en la recreación de una especie de ley propia: la “ley del más veloz” según la cual, quien más velocidad alcanza en carretera es más dueño de la libre movilización.

Esta elaboración, basada en la interpretación de algunas tesis lacanianas, especifica, en relación con la subjetividad, la masificación o la individuación identitaria del sujeto sugerida a partir de Horkheimer en, al menos, dos sentidos: (a) considerando la participación dentro del tránsito vehículo-peatonal como alienación en una estructura simbólica (legislación, normativas o acciones) que identifica a los usuarios desde un lugar en relación a la función fálica de la libertad de movilidad y (b) relacionando la función significante fálica con la libertad de movilidad en cuanto dominio particular del campo.

Conclusiones

La propuesta epistemológica y teórica bosquejada en este artículo pretende que la construcción del campo cultural del tránsito vehículo-peatonal, en tanto objeto de estudio psicocultural, tome como punto de partida las características estructurales que informan de aspectos tales como la ideología, las relaciones, los hábitos y las formas de identificación de los sujetos que participan en él. En ese sentido, las determinaciones percepto-conceptuales, de quienes participan en este campo, se entienden a partir de la estructura objetiva de relaciones entre los diferentes actores que lo componen y del *habitus* que conlleva las lógicas prácticas con que esos actores participan. Además, la doble categoría de individuación-masificación identitaria se especifica considerando la identificación simbólica que informa la estructuración del sujeto en el tránsito vehículo-peatonal.

Estos elementos epistemológicos y teóricos quizá doten a la Psicología de un marco apropiado para incursionar en el estudio del tránsito vehículo-peatonal desde un punto de vista cultural, más allá de los modelos teóricos y epistemológicos cuyo énfasis es de tipo cognitivo-conductual. Este punto de vista contribuiría en el estudio de la forma como las conductas y los procesos cognoscitivos de los usuarios de carreteras están afectados por las características particulares del campo cultural del tránsito vehículo-peatonal, en cuanto sistema estructurante de las relaciones y la subjetividad de quienes participan en él.

En ese sentido, los elementos epistemológicos y teóricos aquí ofrecidos, sin ser necesariamente los únicos, permiten la construcción de una psicología cultural del tránsito vehículo-peatonal basada en al menos tres ejes de análisis para futuras investigaciones sobre el tema:

1. Primero, la indagación sobre las repercusiones de la racionalidad y la ideología social imperante en los diferentes fenómenos asociados al tránsito vehículo-peatonal.
2. Segundo, la consideración de la estructura particular del campo y la consecuente formación de habituales en la participación de los sujetos dentro del campo.
3. Y, finalmente, la forma en que las marcas simbólicas de la estructura del campo ubican a los sujetos participantes del tránsito vehículo-peatonal.

Una aproximación como esta ofrece otra perspectiva desde la cual se analizan diferentes problemáticas asociadas al tránsito vehicular y peatonal en Costa Rica. Por ejemplo, para indagar cómo la conducción temeraria sería síntoma de una lógica estructural que en las carreteras costarricenses se sustenta en disposiciones lógicas, prácticas y formas de identificación en donde la imposición del más fuerte tiende a ser la norma (más fuerte por poseer un vehículo más grande y potente o simplemente más veloz) o, en otro caso, la indiferencia de los peatones respecto a reglas básicas (cruzar las calles en las zonas y puentes peatonales) como evidencia de los vacíos, culturalmente respaldados, que presenta la misma legislación nacional sobre tránsito peatonal, es decir, como silencio que en el orden de lo simbólico adquiere la significancia de cierta “inmortalidad” peatonal desde donde el sujeto-peatón se identifica.

Referencias

- Arias, H. y Navarro J. (2010). *Los cinco grandes rasgos de la personalidad y su relación con el manejo de la ira al volante en la predicción de la alta velocidad al conducir*. (Tesis de licenciatura, inédita). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Augé, M. (2006). *Los no lugares espacios del anonimato*. Barcelona, España: Gedisa.
- Ávila, C. (2010). *Alta velocidad al conducir: Caracterización psicosocial de un grupo de alto riesgo en Costa Rica*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2003). *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Burns, M. (1978). La Revolución Industrial. En R. M. Karpinsky de Murillo (Ed.), *Antología: comprender la historia* (pp. 79-86). San José, Costa Rica: EUNED.
- Cal, R. (1972). *Ingeniería de tránsito*. México, D. F: Representaciones y Servicios de Ingeniería.
- Efimov, A., Galkine, I. y Zoubok, L. (1964). *Historia moderna*. México: Grijalbo.
- Huynh, Q-N. (jul, 2011). *European Union Economic Report*. Bruselas: European Automobile Manufacturers' Association (ACEA).
- Hernández, A. (2003). *Hacia una nueva cultura de seguridad vial*. San José, Costa Rica: EUCR.
- Hoezen Polack, B. (mayo, 2002). Lacan y el Otro. *A Parte Rei* (21), 1-13. Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/lacan.pdf>
- Horkheimer, M. (1973). *Crítica de la razón instrumental*. Buenos Aires: Sur.
- Horkheimer, M. (2000). *Teoría tradicional y teoría crítica*. Barcelona: Paidós.
- Horkheimer, M. (2003). *Teoría crítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kuczynski, J. (1979). *Historia moderna I* (Tomo II). Ciudad de la Habana: Pueblo y Razón.
- Lacan, J. (1979). *Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lacan, J. (1990). *Escritos I y II*. México: Siglo Veintiuno.

- Leandro, M. (s.f.). *Tres instrumentos para el estudio de la conducta de conducir*. Psychology/ Environmental PhD. Program, GSUC/CUNY, New York, NY. Recuperado de http://www.institutoivia.com/cisev-ponencias/spicologicos_fisiologicos_fp/Mauricio_Leandro02.pdf
- Moreno, M. y Monge, D. (2009). Intención de aumento de velocidad y evaluación del riesgo según contextos viales. *Revista de Ciencias Sociales*, 125(III), 127-139.
- Organización Panamericana de la Salud (2004). *La seguridad vial no es accidental. Día mundial de la salud*. Nueva York: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz, M. (2007). *Manifestaciones de la violencia en el tránsito. Un análisis sobre percepciones y representaciones sociales realizado en el Área Metropolitana de San José*. (Tesis de Maestría, inédita). Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica.
- Pell, C. (1968). *Megalópolis desatada. La superciudad y el transporte del futuro*. México D. F.: Pax-México.
- Roca, R. (s. f.). *La historia del automóvil vista desde España: 1948*. Recuperado de <<http://individualcristian.wikispaces.com/file/view/2132.pdf>>.
- Rothengatter, T. (1997). Psychological aspects of road user behaviour. *Applied Psychology: An International Review*, 46(3), 223-234.
- Sánchez, A. (septiembre, 2009). *Dimensiones socioculturales del malestar vial en Costa Rica*. Ponencia presentada en las V Jornadas de Psicología Social “Entre la incertidumbre y la esperanza: escenarios emergentes”, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Ulloa, G. (2007). *Identidad religiosa: perspectiva psicocultural*. Documento inédito.
- Umaña, D. (2010). *La vivencia de un accidente de tránsito en jóvenes costarricenses conductores de automóvil*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Veraza, J. (2008). *Subsunción real del consumo al capital*. México: Ítaca.
- Weinsenthal, D. (2012). *Taller sobre factores humanos implicados en la seguridad vial: agresividad, distractibilidad y estrés al volante*. 14 de mayo. San José: Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica.

Recibido 14 de marzo de 2011
Revisión recibida 03 de abril de 2012
Aceptado 15 de junio de 2012

Reseña del autor

Gilbert Ulloa Brenes obtuvo su título Magister Litterarum en Estudios de Cultura Centroamericana. Está inscrito en el Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica con el grado de Licenciado en Psicología y trabaja actualmente en el Programa de Producción de Material Didáctico Escrito en la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica.

REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA

NORMAS EDITORIALES

Presentación de manuscritos

La *Revista Costarricense de Psicología* acepta para ser publicados trabajos originales, inéditos y que no han sido sometidos a consideración para su publicación en otros medios de publicación.

El manuscrito se entrega en formato *word*, por correo electrónico a la editorial de la revista (revistacientifica@psicologiacr.com, con copia al director: avillalobos@psicologiacr.com) y una copia impresa que se entrega a la *Revista Costarricense de Psicología*, Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica, Tres Ríos, Pinares de Curridabat, o al Apartado Postal 8238-1000, San José, Costa Rica.

Además, se entrega un currículum de no más de dos páginas y una carta de motivos firmada y dirigida al director de la revista para dar fe pública de que el trabajo es original e inédito y que cumple con las normas internacionales de ética y sigue el formato de recomendaciones del *Manual de publicaciones* de la *American Psychological Association* (APA, 2010, 3ª ed. en español, www.apa.org). En la carta, el autor/la autora principal transfiere los derechos de autor (*copyright*) a la revista, eso en el caso de su aceptación.

La editorial otorga un número de identificación del manuscrito (ID) en cuanto su entrega esté completa de acuerdo con los requisitos de la editorial.

Evaluación de manuscritos

El Consejo Editorial somete el manuscrito a revisión por dos árbitros externos (*peer review*) que ayudan a determinar la idoneidad del artículo para los fines de la revista. En el caso de dictámenes contradictorios, el consejo puede solicitar el criterio de un tercer árbitro externo. Todos los evaluadores y autores se mantienen anónimos (doble ciego).

En el caso de que los dictámenes por pares externos indiquen una aceptación parcial con reestructuración del manuscrito, se les pide a sus autores/autoras entregar las reestructuraciones dentro de un plazo de 30 días. La editorial revisa el manuscrito reestructurado y transcurrido un

plazo no superior a los tres meses, el Consejo Editorial comunica al autor/la autora principal su aceptación o rechazo. Su autoría tiene derecho a la apelación. Si el Consejo Editorial lo considera necesario lo envía a revisión con otros árbitros.

Independientemente de su aceptación o rechazo, los manuscritos entregados no se devuelven.

Formato de manuscritos

Todo trabajo debe seguir estrictamente el formato del *Manual de Publicaciones* de la *American Psychological Association* (APA, 2010, 3ª ed. en español, <<http://www.apa.org>>).

El orden de la presentación de la información es el siguiente:

Portadilla (cornisa, título, pie de autor, fecha y nota de autor), resumen, corpus de trabajo, referencias, apéndices, tablas, figuras, en páginas separadas y en este orden (con solo una tabla o figura por página), y enumeradas secuencialmente.

Se aceptan trabajos con un máximo de 30 páginas a doble espacio incluyendo referencias, tablas, imágenes, anexos, etc., digitados en hojas tamaño carta con márgenes de por lo menos 2,54 cm, letra *Times New Roman*, 12-pts, impresos en un solo lado.

El título y el resumen del artículo deben de presentarse en español y en inglés. El título se incluye con un máximo de 12 palabras y el resumen entre 150 y 250 palabras redactado en un solo párrafo, seguido de cinco a ocho palabras clave.

El manuscrito debe estar preparado con cuidado y limpieza y aferrarse a los lineamientos de la APA para encabezados, párrafos, enumeraciones, tablas, abreviaturas, ortografía, matemáticas y estadísticas o unidades de medición, etc.

Se hace especial énfasis en que los manuscritos sigan estrictamente el formato APA de citación textual, citas de referencias en el texto y lista de referencias.

En el caso de investigaciones empíricas (cuantitativas o cualitativas), la revista sigue el formato genérico de la APA: título, resumen (*abstract*) y palabras clave (*keywords*), introducción, método, resultados, discusión, reconocimientos, referencias, apéndices.

En el caso de artículos teóricos, la revista se rige por el formato recomendado por la Sociedad Alemana de Psicología (Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V., DGPs, <<http://www.dgps.de/en/dgps/>>): título, resumen (*abstract*) y palabras clave (*keywords*), introducción, prefacio, corpus del trabajo, tópico 1, tópico 2, tópico n..., discusión (opcional), referencias, apéndices.

Las reglas y las construcciones gramaticales propias del idioma español deben respetarse mediante un formato de español universal. Puede consultarse el libro: Real Academia Española & Asociación de Academias de la Lengua Española (2010). *Nueva gramática de la lengua española*. Recuperado de <<http://www.asale.org/ASALE/pdf/folletonvagramatica.pdf>>.