

23(1)

FONDO
EDITORIAL

Revista de la Facultad
de Psicología

Junio
2020



UNIVERSIDAD
DE LIMA

Persona



23(1)

FONDO
EDITORIAL

Revista de la Facultad
de Psicología

Junio
2020



UNIVERSIDAD
DE LIMA

Persona

Incluida en:

Latindex

Dialnet

PsicoDoc

Redalyc

OEI

Redib

La revista *Persona* se encuentra registrada en los siguientes sistemas de resúmenes bibliohemerográficos y directorios:

Sistema de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
<http://www.latindex.unam.mx/latindex/busquedas1/latin.html>

Servicio de índices electrónicos de la Universidad de La Rioja, España, para revistas e información bibliográfica (Dialnet)
<http://dialnet.unirioja.es/>

Base de Datos Bibliográficas especializada en Psicología y temas afines del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (PsicoDoc)
<http://psicodoc.copmadrid.org/psicodoc.htm>

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
<http://redalyc.uaemex.mx/htm>

Organización de Estados Iberoamericanos (OEI)
<http://www.oei.es.pe43.htm>

Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico (Redib)
<http://revistas.redib.org>

PERSONA

Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima, Perú
23 (1), junio del 2020

Universidad de Lima
Fondo Editorial
Av. Javier Prado Este 4600, Urb. Fundo Monterrico Chico, Lima 33
Apartado postal 852, Lima 100, Perú
Teléfono: (511) 437-6767, anexo 30131
fondoeditorial@ulima.edu.pe
www.ulima.edu.pe

Edición, diseño y carátula: Fondo Editorial de la Universidad de Lima

Imagen de portada: Lightspring/Shutterstock.com

Correspondencia: Facultad de Psicología
lescurra@ulima.edu.pe

Impresa en el Perú

Publicación semestral

Los trabajos firmados son de responsabilidad de los autores. Prohibida la reproducción total o parcial de esta revista, por cualquier medio, sin permiso expreso del Fondo Editorial.

ISSN 1560-6139

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú n.º 98-3139

CONSEJO EDITORIAL

Editor general: Miguel Ecurra, Universidad de Lima, Perú

Ana Aguilar

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Reynaldo Alarcón †

Universidad Ricardo Palma, Perú

Rubén Ardila

Universidad Nacional de Colombia

Ana Bendezú

Universidad de Lima, Perú

Ricardo Braun

Universidad de Lima, Perú

Jozef Corveleyn

Universidad Católica de Lovaina, Bélgica

Katherine Erazo

Universidad Nacional Autónoma de México

Ana Delgado

Universidad Nacional Mayor de San Marcos,
Perú

Marta Gil Lacruz

Universidad de Zaragoza, España

Horst Gundlach

Universidad de Wurzburg, Alemania

Sandra Inurritegui

Universidad de Lima, Perú

Wilson López

Universidad Javeriana de Colombia

José María Miranda

Universidad de Lisboa, Portugal

Manolete Moscoso

Universidad del Sur de Florida, Estados
Unidos de América

José María Peiró

Universidad de Valencia, España

María Raguz

Pontificia Universidad Católica del Perú

Norma Reátegui

Universidad San Ignacio de Loyola, Perú

Yolanda Robles

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio
Delgado - Hideyo Noguchi, Perú

Jan Marc Rottenbacher

Pontificia Universidad Católica del Perú

Eduardo Salas

Rice University, Estados Unidos de América

Hugo Sánchez

Universidad Ricardo Palma, Perú

Nelly Ugarriza

Universidad Ricardo Palma, Perú

Sara Slapak

Universidad Nacional de Buenos Aires,
Argentina

Revisores

David Álvarez
Universidad ESAN, Perú

Carlos Contreras
Universidad Autónoma Metropolitana,
Unidad de Iztapalapa, México

Juan Pequeña
Universidad Nacional Mayor de San Marcos,
Perú

Rafael Gargurevich
Pontificia Universidad Católica del Perú

Dora Herrera
Pontificia Universidad Católica del Perú

Lennia Matos
Pontificia Universidad Católica del Perú

Alicia Saldívar
Universidad Autónoma Metropolitana,
Unidad de Iztapalapa, México

William Torres
Universidad Ricardo Palma, Perú

Marco Villalta
Universidad de Santiago de Chile

Alfredo Zambrano
Universidad de Lausana, Suiza

ÍNDICE

CONTRIBUCIONES / ARTICLES

- Los trastornos de la personalidad desde una perspectiva dimensional
/ A dimensional approach to personality disorders 11
*Fernando Gamba, Marilina Graziola, Juan Marino, Marcos Ugorri
y Mariano Castellaro*
- Las habilidades sociales y el uso de redes sociales virtuales en estudiantes
de quinto grado de secundaria de instituciones educativas estatales
y no estatales de Lima Metropolitana / Social skills and use of virtual social networks
among fifth year of secondary school students from private and public educational
institutions in Lima Metropolitan Area 21
*Ana Esther Delgado Vásquez, Luis Miguel Escurra Mayaute,
María Clotilde Atalaya Pisco, Juan Pequeña Constantino,
Abel Cuzcano Zapata y Rosa Emilia Rodríguez Tarazona*
- Factibilidad de un programa de *mindfulness* en pacientes oncológicos
del Perú: un estudio piloto aleatorizado / Feasibility of a mindfulness intervention
program in cancer patients in Peru: A randomized pilot study 45
Manolete S. Moscoso, María A. de la Puente, Ana L. Pérez y Raúl Guzmán
- Significados del cuerpo y la salud en el contexto de los estilos
de vida modernos / Meanings of body and health in the context
of modern lifestyles 61
Dania Oralia Aguilar Martínez
- Health promoting schools: a multicomponent program to prevent
behavioral risks amongst adolescents (2014-2017) / Escuelas promotoras
de la salud: un programa multicomponente para prevenir los riesgos
conductuales en adolescentes (2014-2017) 79
*Edwin Peñaherrera, Dae Hwan Kim, Yeseul Jung, Eun Woo Nam
y Doris Vásquez Paja*

Representaciones del estatus social en estudiantes del último año de educación secundaria en un colegio privado de Lima Metropolitana / Social status representations among senior high school students from a private school in Lima Metropolitan Area <i>Fernando García</i>	97
RESEÑAS / BOOK REVIEWS	
<i>Introducción al saber psicológico</i> , de R. Alarcón <i>Walter Arias</i>	115
DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS E INSTRUCCIONES PARA LAS COLABORACIONES	117

CONTRIBUCIONES / ARTICLES

Persona, 23 (1), junio del 2020

Universidad de Lima

Facultad de Psicología

LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA DIMENSIONAL

FERNANDO GAMBA

<https://orcid.org/0000-0002-8371-6797>

MARILINA GRAZIOLA

JUAN MARINO

MARCOS URGORRI

MARIANO CASTELLARO

Instituto Altué / Rosario, Argentina

Recibido: 20 de enero del 2020 / Aceptado: 16 de marzo del 2020

doi: 10.26439/persona2020.n023(1).4830

Resumen. En psicología clínica existe un consenso creciente acerca de las deficiencias del sistema de diagnóstico categorial en el caso de los trastornos de la personalidad (TP), dado que resulta insuficiente para abarcar la experiencia disfuncional del paciente. Esto produce un recorte excesivo y excluye sus aspectos fundamentales e idiosincráticos. Además, impacta negativamente en la conceptualización adecuada del caso y en el diseño de las intervenciones. Cuando existen tantas dificultades para aplicar un modelo diagnóstico a la práctica psicoterapéutica, es posible pensar que lo que debemos modificar es el modelo y no pretender ajustar la psicoterapia a este. Conceptualizar los TP desde la llamada perspectiva *dimensional* posibilita atender mejor a las particularidades de cada sujeto y, de esta manera, incrementar la calidad de las intervenciones. El presente trabajo intenta plasmar cómo dicha perspectiva, que actualmente cuenta con un fuerte soporte empírico, puede mejorar la comprensión clínica de estas perturbaciones y su abordaje terapéutico.

Palabras clave: trastornos de la personalidad / diagnóstico dimensional
/ diagnóstico categorial

A DIMENSIONAL APPROACH TO PERSONALITY DISORDERS

Abstract. In the field of clinical psychology, there is a growing consensus about the deficiencies of the categorical diagnosis system for personality disorders (PD), since it is insufficient to cover the dysfunctional experiences of patients. These deficiencies cause an incomplete system, since it excludes essential and idiosyncratic information necessary to better understand the patients. Moreover, this situation negatively affects the adequate conceptualization of the problems and the design of the interventions. If too many difficulties arise when implementing a diagnostic model in psychotherapy, it is possible to think that the model should be modified instead of trying to adjust psychotherapy to the model. The conceptualization of PD from the so-called “dimensional perspective” makes it possible to address the special features of each subject and, thus, improve the quality of the interventions. This work aims to explain how such *dimensional* perspective, which currently has a strong empirical support, can improve the clinical understanding of these disorders and their therapeutic intervention.

Keywords: personality disorders / dimensional diagnosis / categorical diagnosis

INTRODUCCIÓN

El constructo personalidad ha sido definido de diversas maneras dentro de la literatura. Siguiendo a Belloch Fuster y Fernández Álvarez (2010), la entendemos como una propiedad emergente compleja, que se halla en cambio y crecimiento continuo, en contraposición a una postura tradicional que la concibe en términos de una sumatoria de rasgos (Widakowich, 2012). Más allá de este carácter creciente y dinámico, a lo cual se suma la posibilidad de flexibilizarse para poder hacer frente a las diferentes demandas situacionales o de desarrollo, la personalidad tiende a permanecer relativamente estable a lo largo de la vida, una vez que el individuo alcanza la adultez (Prochaska y Prochaska, 2001). Sus elementos básicos se conceptualizan en términos dimensionales, es decir, los pensamos según un continuo que va desde la presencia mínima o nula de un atributo hasta su máxima expresión, donde lo distintivo de cada sujeto estaría dado por el grado en que dicho atributo se presenta (Hernández-Guzmán, Del Palacio, Freyre y Alcázar-Olán, 2011; Mellor Marsá y Aragona, 2009).

En consecuencia, al hablar de la personalidad de un individuo particular nos estamos refiriendo al modo en que habitualmente se comporta, piensa, siente, etcétera. Esto podría alterarse por determinadas circunstancias, por ejemplo, si el sujeto desarrollase un trastorno de pánico con agorafobia, en el cual se vería modificado su modo habitual de sentir y actuar. Sin embargo, a pesar de ello, no podríamos afirmar que se modifique su modo de ser característico y estable. Más bien pensamos en la presencia de un fenómeno disfuncional de carácter transitorio, dado lo cual el sujeto luego retornará a su estilo particular y habitual de ser y comportarse.

En el caso de los trastornos de la personalidad (en adelante, TP), la disfunción se asociaría, juntamente, al modo de ser, estable, omnipresente y egosintónico (Belloch Fuster y Fernández Álvarez, 2010). El individuo sufre y se ve imposibilitado de desarrollarse plenamente. Sin embargo, no vincula sus dificultades diarias con su modo de ser, al cual se le pueden atribuir, además, las características de rígido e inflexible. Con esto último queremos indicar que se vería significativamente afectada la posibilidad de modificar determinadas creencias y conductas para poder hacer frente a circunstancias ambientales estresantes. Las áreas en que se manifiestan los trastornos de la personalidad son la cognición (forma de percibir e interpretarse a sí mismo, a los otros y a los sucesos), el área afectiva (rango, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional), el control de los impulsos y la necesidad de gratificación, así como el modo de relacionarse con los demás.

Las personas con un TP son especialmente vulnerables y frágiles en las situaciones de estrés, que les demandan *otras* estrategias, además de las habituales, para lograr reducir la tensión o malestar. Se trata de un fenómeno complejo que requiere de un abordaje terapéutico también complejo. Para poder diseñarlo, necesitamos un modelo

psicopatológico acorde con dicha característica (Bowins, 2010; Um, Hershberger, Whitt y Cyders, 2018).

EL PROBLEMA DE LA CLASIFICACIÓN

Tradicionalmente, los TP han sido definidos según un esquema categorial, en el eje II del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM). En su cuarta versión (American Psychiatric Association, 1995), se describen doce trastornos, a saber, paranoide, esquizoide, esquizotípico (agrupados en la categoría denominada “extraños y excéntricos”), antisocial, límite, histriónico, narcisista (agrupados como los “dramáticos, emocionales e impulsivos”), evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo (denominados los “ansiosos y temerosos”), pasivo-agresivo, depresivo (en el grupo “trastornos de la personalidad en estudio”) y la categoría residual “trastorno de la personalidad no especificado”. Posteriormente, la quinta versión del DSM (American Psychiatric Association, 2013) retomó las diez primeras formas de TP. Para el diagnóstico se requiere la presencia de un patrón inflexible y persistente de experiencia interna y conducta, que se desvía notablemente de las expectativas culturales, se inicia en la adolescencia o al comienzo de la adultez y se manifiesta en al menos dos de estas áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos; produce deterioro social o laboral, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental ni se debe a los efectos de alguna sustancia o condición médica general.

Bajo las formas de presentación antes descritas (y la posibilidad de comorbilidad), los psicólogos clínicos nos acostumbramos durante mucho tiempo a pensar estas disfunciones en el modo de ser que llamamos TP. Sin embargo, desde hace algunos años, comenzamos a tomar conciencia de que dicha clasificación puede no ser la adecuada (Calvo *et al.*, 2016; Esbec y Echeburúa, 2014). Más aún, poco aportaría al proceso psicoterapéutico del paciente (Beutler, Someah, Kimpara y Miller, 2016).

Los terapeutas necesariamente tenemos un modelo desde el cual intervenimos y desde el cual, primero, decodificamos lo que el paciente nos relata. Y es quizá inevitable que amoldemos su experiencia a nuestras categorías mentales, derivadas del modelo con el cual trabajamos. El problema aparece cuando este modelo produce un recorte tan grande que ocasiona una pérdida significativa de información, que hubiese sido relevante para entender mejor la experiencia del paciente y, con base en ese entendimiento, diseñar una mejor estrategia terapéutica para poder ayudarlo.

Si pensamos en un encuentro terapéutico, tenemos, por un lado, la experiencia —*intransferible*— del paciente (que proviene de su mundo interno) y, por otro, la representación de esta que se hace el terapeuta. Así, el acercamiento estaría dado por el nivel de empatía que pueda lograr el terapeuta respecto de la experiencia de quien consulta y las categorías clínicas de las que disponga para conceptualizar el caso.

Al intervenir es importante movernos en el mismo universo de significados de nuestro interlocutor. No redundar en la misma forma de narrar la historia, pero sí procurar acceder lo más posible al modo en que lo hace y ayudarlo a relatar de un modo diferente. Si bien nunca podemos saber con exactitud cuál será el impacto de una intervención, mientras más refinada sea nuestra comprensión de la experiencia interna del paciente (basada en un modelo mental suficientemente abarcativo), más oportunidades tendremos de que dicha intervención surta el efecto deseado.

Dificultades de los modelos categoriales

Hasta el momento no se tienen pruebas de que la utilización del concepto de trastorno de la personalidad, entendido en sentido categorial, haya hecho grandes aportes para la clínica psicoterapéutica. Es más, creemos que ha agregado una complicación, dado que constituye un constructo teórico limitante. Para el establecimiento del diagnóstico de TP, hay consenso en que lo fundamental es (hasta el momento) el juicio clínico (Belloch Fuster y Fernández Álvarez, 2010). La esperanza se centraría en la construcción de métodos diagnósticos más eficaces que los existentes, para dar una definición más precisa acerca de cuándo estamos en presencia de una disfunción en el modo de ser y cuándo no.

Un segundo problema es la coocurrencia entre los diferentes TP (Widiger, 2003). Las diferentes categorías se solapan entre sí y, en la práctica, es poco frecuente encontrar un TP puro; por eso, se diagnostica que los sujetos presentan varios trastornos de la personalidad a la vez (dado que ninguno, considerando su descripción individual, logra abarcar la complejidad de la disfunción).

Un tercer problema es la alta coocurrencia de los TP con los trastornos del eje I (Widiger, 2003), lo que a veces ocasiona que los primeros sean obviados en el diagnóstico o confundidos con el cuadro sintomático. Por ejemplo, se diagnostica un cuadro de ansiedad sin contemplar la presencia de un trastorno evitativo de la personalidad; esto tendría un impacto tanto en la remisión de los síntomas (dificultando el cambio terapéutico en el corto plazo) como en la probabilidad de recaídas.

Quizá la principal dificultad para establecer criterios útiles para la clínica es pretender trabajar con los TP sin definir adecuadamente el constructo personalidad. Además, dado que es difícil establecer el punto de corte entre TP y no TP, a la hora de intervenir posiblemente resulte más útil basarse en variables clínicas continuas y pensar cuándo, dónde y hasta dónde realizar la intervención.

Lo que necesitamos, entonces, es construir mejores modelos del funcionamiento mental para la comprensión de la experiencia del paciente. Una posible vía de solución podrían ser los modelos dimensionales de los trastornos de la personalidad (Calvo, Mata,

Pérez Sayes y Tirapu Ustárroz, 2005; O'Connor, 2005; Reynolds y Clark, 2001; Simonsen y Widiger, 2005). La última versión del DSM contempla una perspectiva dimensional para la conceptualización de los TP, aunque también conserva el modelo tradicional, en un intento por mantener la continuidad con la práctica clínica clásica e introducir una nueva aproximación (Witkiewitz *et al.*, 2013). Sin embargo, la quinta versión ha mostrado escasa utilidad desde su publicación (Artigas-Pallarés y Paula-Pérez, 2015), y no solo en el terreno de los trastornos de la personalidad. Quizá la propuesta superadora para los clínicos en cuanto a la conceptualización de estos trastornos deba buscarse fuera del sistema DSM.

La alternativa dimensional

Widiger y Lowe (2007) proponen una reseña de las principales propuestas de alternativas para una clasificación dimensional de los TP. Estas son las siguientes: una clasificación dimensional de las categorías existentes, las subescalas del Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP; Livesley y Jackson, 2009) y/o del Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP; Clark, 1993), las tres polaridades de Millon (Millon y Grossman, 2006), el modelo de los siete factores de Cloninger (1999) y el modelo de los cinco factores (FFM) de McCrae y Costa (1996). De estos modelos, el que ha recibido mayor respaldo empírico es el último.

El FFM postula cinco dimensiones fundamentales de la personalidad: amabilidad, responsabilidad (o escrupulosidad o restricción), extraversión (o afectividad positiva), neuroticismo (o afectividad negativa) y apertura a la experiencia (o falta de convencionalismo). Cada dimensión incluye un polo negativo: hostilidad o ira (opuesto a amabilidad), negligencia o irresponsabilidad (opuesto a responsabilidad), introversión (opuesto a extraversión), estabilidad emocional (opuesto a neuroticismo) y convencionalismo o cerrazón (opuesto a apertura a la experiencia). Además, el modelo considera factores de segundo orden (llamados *facetas*), englobados dentro de cada uno de los cinco grandes factores de primer orden. Tanto estos como sus facetas correspondientes tienen un carácter dimensional, es decir, fluctúan en intensidad a lo largo de un continuo. El significado y las consecuencias de cada atributo estarían dados por la ubicación dentro de este continuo.

Si nos posicionamos desde esta perspectiva, los trastornos de la personalidad podrían entenderse como variantes patológicas de los dominios y las facetas de la personalidad normal (Fernández Álvarez, Consoli y Gómez, 2016). En otras palabras, en un modelo de estas características, se considera que los trastornos mentales no son, en realidad, cualitativamente diferentes de la normalidad. Los elementos característicos de las disfunciones serían los mismos de la personalidad normal, pero bajo formas extremas (por exceso o por defecto), y lo que daría lugar a una personalidad patológica

sería la combinación de los rasgos/tendencias básicas con la influencia ambiental. Este planteamiento redundaría en una conceptualización del cuadro que nos brinda el acceso a mucha mayor información sobre el consultante, en comparación con aquella derivada de la descripción contenida en los criterios diagnósticos según un modelo categorial. No se buscará ya definir las posibles variantes de un TP, sino conocer cuáles son los rasgos específicos (y la intensidad con que se manifiestan) que caracterizan la patología de personalidad de un paciente dado. Sobre esta base, se puede realizar un diseño de intervención mucho más ajustado a las necesidades de cada sujeto.

En el artículo antes mencionado, Widiger y Lowe (2007) plantean también que los modelos dimensionales se podrían integrar en una estructura jerárquica común. Según los autores, el FFM puede, por ejemplo, integrarse bien con el modelo DAPP y con el modelo SNAP (estos últimos ya en el terreno de las disfunciones de personalidad). Hasta el momento no contamos con un modelo dimensional integrado, basado en una teoría de la personalidad y sus disfunciones, que pueda dar respuesta a las múltiples dificultades que se nos presentan en la clínica. A pesar de ello, este intento por conceptualizar mejor la experiencia de sufrimiento humano produce ya un efecto en el terreno práctico, que consiste en modificar la forma en que escuchamos a nuestros pacientes. Además, contamos con la ayuda de diferentes instrumentos para la tarea diagnóstica: algunos son cuestionarios e inventarios y otros son entrevistas estructuradas. El Inventario de Personalidad Neo Revisado (NEO PI-R, de McCrae y Costa, 2002) y la Structured Interview for the Five-Factor Model of Personality (SIFFM, de Trull y Widiger, 1997) son ejemplos de ello. Utilizar estos recursos resulta sin duda beneficioso y ahorra tiempo. Por otra parte, sirve a los fines de controlar los posibles sesgos de una evaluación realizada exclusivamente a través del juicio clínico.

Estamos avanzando en el intento por construir un sistema de diagnóstico más eficiente. En el futuro, quizá este cambio dé lugar también a un mayor consenso, en vías de consolidar un modelo dimensional unificado.

CONCLUSIÓN

El sistema de clasificación categorial para los trastornos de la personalidad resulta escasamente útil; es claro que se trata de un modelo en crisis, ya desde hace tiempo. Cuando existen tantas dificultades para aplicar un modelo a la práctica psicoterapéutica, es posible pensar que lo que tenemos que modificar es el modelo y no pretender ajustar la psicoterapia a este. Resulta interesante, además, que la mayoría de las categorías diagnósticas tampoco ayuden a establecer el pronóstico o la línea de tratamiento. Por otra parte, dejan fuera aspectos fundamentales del sujeto que nos consulta, es decir, sus particularidades y cualidades distintivas e idiosincráticas.

Los terapeutas tenemos ahora frente a nosotros la posibilidad de operar con un nuevo criterio, que, por otra parte, cuenta con un fuerte soporte empírico. Conceptualizar los trastornos de la personalidad desde una perspectiva dimensional posibilita atender mejor a las particularidades de cada sujeto y así mejorar la calidad de las intervenciones que realizamos.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington D. C.: Autor.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V*. Washington D. C.: Autor.
- Artigas-Pallarés, J., y Paula-Pérez, I. (2015). Asignaturas pendientes del DSM-5. *Revista de Neurología*, 60(1), 95-101.
- Belloch Fuster, A., y Fernández Álvarez, H. (2010). *Tratado de trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Beutler, L., Someah, K., Kimpara, S., y Miller, K. (2016). Selecting the most appropriate treatment for each patient. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 99-108.
- Bowins, B. (2010). Personality disorders: a dimensional defense mechanism approach. *American Journal of Psychotherapy*, 64(2), 153-169.
- Calvo, R., Mata, I., Pérez Sayes, A., y Tirapu Ustárroz, J. (2005). Propuesta de un modelo dimensional para los trastornos de personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(4), 254-262.
- Calvo, N., Valero, S., Sáez-Francàsc, N., Gutiérrez, F., Casas, M., y Ferrera, M. (2016). Borderline personality disorder and personality inventory for DSM-5 (PID-5): dimensional personality assessment with DSM-5. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 105-111.
- Clark, L. A. (1993). *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. Mineápolis, MN: University of Minnesota Press.
- Cloninger, C. R. (1999). *Personality and psychopathology*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica*, 32(3), 255-264.
- Fernández Álvarez, H., Consoli A. J., y Gómez B. (2016). Integration in psychotherapy: reasons and challenges. *American Psychologist*, 71(8), 820-830.

- Fernández Álvarez, H., y Fernández Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 157-169.
- Hernández-Guzmán, L., Del Palacio, A., Freyre, M., y Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 111-120.
- Livesley W. J., y Jackson, D. N. (2009). *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire*. Port Huron, MI: Sigma Press.
- McCrae, R. R., y Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: theoretical contexts for the five-factor model. En J. S. Wiggins (Ed.), *The five-factor model of personality: theoretical perspectives* (pp. 51-87). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- McCrae, R. R., y Costa, P. T. (2002 [1978]). *Inventario de Personalidad Neo Revisado (NEO PI-R)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Mellor Marsá, B., y Aragona, M. (2009). De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(103), 217-228.
- Millon, T., y Grossman, S. D. (2006). Goals of a theory of personality. En J. C. Thomas, D. L. Segal y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology, Vol. 1: Personality and everyday functioning* (pp. 3-22). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- O'Connor, B. (2005). A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 323-345.
- Prochaska, J. M., y Prochaska, J. O. (2001). ¿Por qué no se mueven los continentes? ¿Por qué no cambian las personas? *Revista de Psicoterapia*, 12(46-47), 17-36.
- Reynolds, S., y Clark, A. (2001). Predicting dimensions of personality disorder from domains and facets of the five-factor model. *Journal of Personality*, 69(2), 199-222.
- Simonsen, E., y Widiger, T. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(2), 110-130.
- Trull, T. J., y Widiger, T. A. (1997). *Structured Interview for the Five-Factor Model of Personality*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Um, M., Hershberger, A., Whitt, Z., y Cyders, M. (2018). Recommendations for applying multi-dimensional model of impulsive personality to diagnosis and treatment. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(6), 1-17.
- Widakowich, C. (2012). El enfoque dimensional vs. el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *Alcmeón, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(4), 365-374.

- Widiger, T. (2003). Personality disorder diagnosis. *World Psychiatry, 2*(3), 131-135.
- Widiger, T. A., y Lowe, J. R. (2007). Five-factor model assessment of personality disorder. *Journal of Personality Assessment, 89*(1), 16-29. <https://doi.org/10.1080/00223890701356953>
- Witkiewitz, K., King, K., McMahon, R., Wu, J., Luk, J., Bierman, K., Coie, K., Dodge, K., Greenberg, M., Lochman, J., y Pinderhughes, E. (2013). Evidence for a multi-dimensional latent structural model of externalizing disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*, 223-237.

LAS HABILIDADES SOCIALES Y EL USO DE REDES SOCIALES VIRTUALES EN ESTUDIANTES DE QUINTO GRADO DE SECUNDARIA DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES Y NO ESTATALES DE LIMA METROPOLITANA

ANA ESTHER DELGADO VÁSQUEZ
<https://orcid.org/0000-0002-5649-1262>

LUIS MIGUEL ESCURRA MAYAUTE
<https://orcid.org/0000-0002-3015-9659>

MARÍA CLOTILDE ATALAYA PISCO
<https://orcid.org/0000-0003-3266-9692>

JUAN PEQUEÑA CONSTANTINO
<https://orcid.org/0000-0002-6085-1099>

ABEL CUZCANO ZAPATA
<https://orcid.org/0000-0003-3391-3968>
Universidad Nacional Mayor de San Marcos / Lima, Perú

ROSA EMILIA RODRÍGUEZ TARAZONA
Universidad Ricardo Palma / Lima, Perú

Recibido: 15 de diciembre del 2019 / Aceptado: 10 de enero del 2020
doi: 10.26439/persona2020.n023(1).4831

Resumen. Se investiga la relación entre lo considerado como habilidades sociales y la utilización de los recursos de internet en estudiantes de quinto de secundaria de colegios públicos y privados de Lima Metropolitana. Participaron 1066 estudiantes de instituciones educativas seleccionadas mediante un muestreo probabilístico. Luego se empleó un diseño descriptivo correlacional para estudiar la interacción entre las habilidades sociales y el uso de medios virtuales en estos alumnos. Los resultados permiten observar la existencia de correlaciones negativas y con niveles significativos en cuanto a las habilidades sociales y los índices de adicción al material de las redes sociales en los participantes; lo mismo sucede en la mayor cantidad de los factores que conforman los dos instrumentos.

Palabras clave: habilidades sociales / redes sociales virtuales / estudiantes de secundaria / colegios estatales / colegios privados

Correo electrónico: aedvt2@yahoo.com

SOCIAL SKILLS AND USE OF VIRTUAL SOCIAL NETWORKS AMONG FIFTH YEAR OF SECONDARY SCHOOL STUDENTS FROM PRIVATE AND PUBLIC EDUCATIONAL INSTITUTIONS IN LIMA METROPOLITAN AREA

Abstract. This research studies the relationship between social skills and the use of internet social networks among fifth year of secondary school students from private and public educational institutions in Lima Metropolitan Area. The study population consisted of 1,066 students from educational institutions screened by a probabilistic sampling method. A descriptive correlational design was used to study the interaction between social skills and the use of virtual social networks among these students. The results show negative and significant correlations between the participants' social skills and addiction index to social networks. The same situation happens in most of both instruments' factors under study.

Keywords: social skills / virtual social networks / secondary school students
/ public schools / private schools

INTRODUCCIÓN

Los términos *conducta asertiva*, *conducta socialmente habilidosa* y *habilidades sociales* se utilizan como equivalentes, la elección depende del criterio personal. Sin embargo, *habilidades sociales* y *conducta socialmente habilidosa* han tenido una mejor acogida en el ámbito científico (Gismero, 2000).

Las habilidades sociales o competencia social hacen referencia al conjunto de conductas de una persona en las interacciones con sus pares y otros grupos etarios en diversas situaciones, en las cuales expresa opiniones, sentimientos, deseos, actitudes o derechos de forma adecuada a la situación y respetando las conductas de los demás. Por lo general, le allanan el camino para resolver las situaciones o condiciones inmediatas, así como minimizar la probabilidad de que surjan problemas nuevos. Las competencias sociales se aprenden, evitan la ansiedad frente a situaciones nuevas o difíciles, y facilitan la comunicación emocional y la resolución de problemas (Choque, 2007; Herrera, Pacheco, Palomar y Zavala, 2010). Hacen posible la interrelación con las personas del entorno en situaciones diversas que, en conjunto, son valoradas tanto por el propio sujeto como por los demás como adecuadas o no. De manera particular, la asertividad en la comunicación interpersonal implica que los sujetos puedan expresarse de manera adecuada en diversos contextos como la familia, los amigos, la escuela y el trabajo, entre otros, los cuales le van a permitir establecer relaciones positivas y satisfactorias tanto en el aspecto personal como social (Anguiano, Vega, Nava y Soria, 2010).

Por su parte, internet se ha vuelto un poderoso medio en la comunicación humana porque las redes sociales virtuales agrupan a personas que comparten intereses e información. A través de ellas se establecen nuevas amistades o se encuentran amistades antiguas con las que se había perdido contacto. Este cambio ha influido también en las comunicaciones interpersonales, lo cual se ha traducido en el nacimiento y crecimiento del uso del recurso virtual de las conexiones sociales en internet (Morduchowicz, Marcon, Sylvestre y Ballestrini, 2010; Herrera *et al.*, 2010).

El empleo de las redes sociales virtuales como espacios de interacción social ha aumentado notablemente en los últimos años (Meattle, 2007). Al respecto, Orihuela (2008) señala que estas permiten a los usuarios mantener contacto, coordinar actividades, compartir información, etcétera. Sin embargo, algunos autores, como Carballo, Pérez-Jover, Espada, Orgilés y Piqueras (2012), consideran que al haber proliferado el uso de estos recursos se genera un progresivo y patente desplazamiento del contacto personal. Este aspecto podría afectar las relaciones interpersonales, pues se perdería la posibilidad de captar la condición correspondiente al estado de ánimo del interlocutor, de entender el lenguaje corporal y de poder opinar asertivamente sobre los demás. Carballo *et al.* (2012) plantean que en un futuro las personas podrían optar por evitar el contacto personal.

Según Shaffer y Kipp (2007), cuando se construye la identidad de las personas, las habilidades sociales cumplen un papel importante que se forma en las actividades que se comparten con los pares, a través de las diversas maneras de establecer una comunicación utilizando gestos y tonalidades vocales, así como con la vestimenta y las posiciones o posturas. El aprendizaje que se adquiere en la familia se complementa luego con las experiencias que tienen lugar en la escuela, el vecindario, etcétera. Por tanto, la estructura de roles sociales tanto en niños como en adolescentes demanda una mayor participación e involucramiento cuando se enfrentan nuevos escenarios sociales de interacción (Galarcio, 2006).

Numerosos estudios vinculan los posibles efectos negativos del uso de las redes sociales con el distanciamiento social. Suriá (2012) señala los de Kraut *et al.* (1998); Morahan-Martin y Schumacher (2003); Cruzado, Matos y Kendall (2006); García del Castillo *et al.* (2008); Beranuy, Lusa, Jordania y Sánchez (2009); Echeburúa y De Corral (2009); así como los de Poch (2009) y Young (2009), quienes reportan una asociación positiva entre el uso de internet y la soledad. Sin embargo, Morahan-Martin y Schumacher (2003) consideran que las explicaciones que se dan a los resultados son contradictorias, puesto que algunos investigadores plantean que el uso excesivo de internet genera soledad, mientras que para otros las personas que se sienten solas son las que presentan mayor propensión a abusar de internet.

La primera explicación surgió de una investigación realizada por Kraut *et al.* (citado por Suriá, 2012), quienes reportaron evidencia de que unos participantes o usuarios, luego de un par de años de comunicarse mediante internet, tenían menos participación social (en el ámbito familiar, amical y de apoyo social) y también presentaban menos bienestar psicológico (incremento de la soledad y la depresión). Asimismo, Echeburúa y De Corral (2010) mencionan que Becoña (2006) mostró que a veces las comunicaciones virtuales "capturan" a un joven, pues mediante la virtualidad le permiten generar una identificación falsa, llevándolo a despreocuparse del contacto con las personas y distorsionando de esta manera el mundo real. Por su parte, Arias, Gallego, Rodríguez y Del Pozo (2012) describen las consecuencias físicas y psicológicas del uso abusivo de las nuevas tecnologías. Las consecuencias físicas son vida sedentaria, fatiga ocular, cefaleas, cansancio, sueño, problemas musculares, desnutrición, agotamiento mental, epilepsia, convulsiones, alteraciones en el sistema inmunológico, etcétera. Entre las consecuencias psicológicas negativas destacan la depresión, el empobrecimiento afectivo, la ansiedad, la inestabilidad emocional, la agresividad, la confusión entre el mundo real y el imaginario, las dificultades de afrontamiento, el infantilismo social, la inmadurez, la fantasía extrema, los conflictos familiares, escolares o laborales, el aislamiento social, el incumplimiento de actividades de la vida diaria (como hábitos de higiene), problemas económicos y legales (delitos, agresiones, robos).

Sin embargo, otros estudios no reportan ninguna disminución en la interacción social: ni en el proceso interrelacional en el ámbito familiar, ni con las amistades, ni con los compañeros de labores, tal como indican Robinson, Kestnbaum, Neustadtl y Alvarez (2000), o los investigadores de UCLA Centro para la Política de Comunicación (2000). Más aún, autores como Zubeidat, Salinas y Sierra (2008), y Fowler y Christakis (2009) afirman en sus trabajos que el empleo de internet mejoraba tanto la interacción social como la existencia de relaciones sociales; inclusive incrementaba el número de conexiones en la red social. Igualmente, Carbonell *et al.*, en el 2010 (citados por Arias *et al.*, 2012), proponen que las nuevas tecnologías son útiles como instrumentos para la vida diaria; por ejemplo, los videojuegos pueden ayudar a relajarse y proporcionan diversión, aprendizaje, creatividad, etcétera. Los chats también permiten que las personas tímidas se desinhiban y socialicen, lo que les resulta difícil si tienen que hacerlo cara a cara.

Los resultados del estudio de Subrahmanyam y Greenfield (2008) mostraron que los estudiantes que empleaban herramientas de comunicación en línea de forma paralela a su entorno social físico podían reforzar las relaciones con sus amistades; además, disminuían su ansiedad social al comunicarse con personas del sexo opuesto. Señalaron que el uso de estos recursos evidenciaba la existencia de consecuencias tanto positivas (por lo beneficioso de interactuar de manera libre) como negativas (los estudiantes estaban expuestos a mensajes con diferentes implicaciones negativas, tales como violencia, racismo, etcétera).

Valkenburg y Peter (2008) analizaron cómo se vinculaba el uso frecuente de internet con la interacción social que sostenían los adolescentes dentro y fuera del espacio virtual; asimismo, se interesaron por la relación que tenía con los sentimientos de soledad o la percepción del autoconcepto. Ambos encontraron que el comunicarse utilizando internet contribuía positivamente al desarrollo de las competencias sociales de los usuarios y no afectaba su autoconcepto.

Suriá (2012) investigó acerca de la relación entre las redes sociales virtuales y su uso en la mejora de las habilidades sociales de jóvenes con discapacidad. Para ello solicitó a 68 participantes con discapacidad motora que respondan un cuestionario en línea. Los resultados presentaron diferencias significativas según el género, la edad y la ocupación, observándose que la mayoría de los participantes tenían una motivación alta en el empleo de las redes sociales virtuales para sus relaciones personales. Así también, valoraban estos espacios en la mejora de sus habilidades sociales.

En el Perú, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares del INEI (2014), el 39,1 % de los encuestados de seis años o más tienen acceso a internet. El 64,1 % de la población de Lima Metropolitana utiliza internet, con un incremento de 1,5 % en comparación con el año 2012. Asimismo, se reporta que el 42,5 % de hombres usa internet, mientras que en el caso de las mujeres es el 35,8 %.

De lo planteado surge la siguiente interrogante: ¿cuál es la relación entre los índices correspondientes a las habilidades sociales y la utilización de las redes sociales virtuales por estudiantes de quinto de secundaria tanto de instituciones educativas estatales como no estatales de Lima Metropolitana?

Los objetivos de este estudio son los siguientes:

Objetivo general

Analizar la relación entre las habilidades sociales y la utilización de redes sociales en internet en los estudiantes de quinto de secundaria pertenecientes a instituciones educativas estatales y a instituciones no estatales de Lima Metropolitana.

Objetivos específicos

1. Determinar las habilidades sociales de los alumnos de quinto de secundaria tanto de instituciones educativas del Estado como de aquellas ajenas al Estado en Lima Metropolitana.
2. Determinar la intensidad de la utilización virtual de las redes sociales en los alumnos de quinto de secundaria de instituciones públicas y privadas.

Se plantearon objetivos específicos relacionando cada uno de los seis (6) factores o dimensiones de la Escala de Habilidades Sociales con cada uno de los tres (3) factores del Cuestionario de Adicción a las Redes Sociales.

Entre las investigaciones internacionales se reportan las señaladas a continuación. Zywicki y Danowski (2008) analizaron la apariencia social de participantes en una plataforma virtual muy conocida, tomando en cuenta cuán populares eran fuera de las redes y relacionándola con su sociabilidad y su estima personal. Los resultados mostraron que aquellos participantes que se presentaban como extrovertidos y con una autoestima alta apoyaron la hipótesis de que el uso de las redes sociales les ayudaba a mejorar socialmente, dado que ellos eran los más populares tanto en la red social como fuera de ella. Sin embargo, los participantes que eran introvertidos y tenían menor autoestima demostraban que exageraban su participación en este recurso virtual a fin de conseguir una gran popularidad.

García del Castillo *et al.*, (2008) llevaron a cabo un estudio sobre el uso y abuso de internet en 391 estudiantes de la Universidad Miguel Hernández en Alicante, España. Estos investigadores encontraron que la mayoría había utilizado alguna vez internet, siendo los participantes de Psicología quienes la usaban con mayor frecuencia, varias veces al día. De igual manera, gran parte de los estudiantes afirmaron que se conectaban más de dos horas al día a internet (para usar el correo electrónico, el chat o el Messenger). Asimismo, hallaron que los participantes con menor frecuencia de uso de

internet presentaron menos déficit en las habilidades sociales frente a quienes tenían mayor frecuencia de uso.

Igualmente, Labrador y Villadangos (2010) determinaron la percepción subjetiva de peligro que se derivaba del uso de las nuevas tecnologías en estudiantes entre 12 y 17 años. Para ellos hay una relación directa entre el tiempo de uso y la noción de problema, así como entre la edad y la percepción de problema. Así, cuanto más utilizaban los estudiantes las nuevas tecnologías, más consideraban que podrían causarles problemas. Aproximadamente la tercera parte de los participantes creían que la televisión o internet nunca les provocaban problemas, y la mitad cuando se trataba de los videojuegos o el celular. Conforme avanzaban en edad, iba apareciendo una mayor percepción de problema, es decir, los menores identificaban mejor los efectos negativos de su uso. Señalaban que utilizar las nuevas tecnologías les hacía sentirse relajados y que cuando no podían hacerlo se sentían nerviosos, inquietos, irritables. También indicaron, aunque con menor frecuencia, que les generaba conflictos en las relaciones interpersonales y les hacía perder el interés por actividades que anteriormente les resultaban gratificantes.

Es interesante señalar la forma en que Herrera *et al.* (2010) establecieron cómo se relacionaban los índices de adicción a una plataforma virtual, una autoestima disminuida, la depresión y una deficiente habilidad social en 60 participantes de la Universidad Iberoamericana de México. Los resultados indicaron que quienes evidenciaron adicción a Facebook tenían mayor propensión a deprimirse, menor asertividad, relaciones familiares y amicales de menor calidad y mayores dificultades para expresarse en público que los estudiantes que no eran adictos. También mostraron con mayor frecuencia una baja autoestima, una percepción desvalorizada de su aspecto físico y de su capacidad intelectual, y un menor autoconcepto. En el Perú, Mejía, Paz y Quinteros (2014) investigaron acerca de la interacción entre el uso excesivo de Facebook y las habilidades sociales en universitarios de Lima, estudio en el que participaron 300 estudiantes. Los instrumentos utilizados fueron la prueba de adicción a internet de Young, de acuerdo con la adaptación realizada por Mariani, y la escala de Gismero correspondiente a las habilidades sociales. Los resultados confirmaron que la dependencia de Facebook tiene una correlación inversa y estadísticamente significativa con las habilidades sociales de los estudiantes.

De otro lado, Escurra y Salas (2014) desarrollaron apropiadamente un instrumento referido a la dependencia o adicción a las redes sociales (ARS), que tuvo como participantes a 380 universitarios de diferentes casas de estudio ubicadas en Lima. Hallaron evidencia de que existían tres dimensiones independientes. Los índices de información de los ítems demostraron que las dimensiones presentaban mayor precisión para diferenciar entre las personas con puntajes medios y altos del rasgo medido. Los datos de los resultados permitieron aceptar que la escala y sus componentes cuentan con la validez y la confiabilidad requeridas.

Arnao y Surpachín (2016), en su estudio sobre la identificación del uso y abuso de la virtualidad en la interacción social en jóvenes del Perú, señalan que los adolescentes pasan en internet un tiempo promedio de tres horas (mínimo una hora, máximo quince horas), siendo su principal actividad ingresar a las redes virtuales. Los varones utilizan las redes sociales para comunicarse, establecer relaciones, también con propósito lúdico y para obtener información. Las mujeres, en cambio, las emplean con fines emotivo-expresivos, para figurar o alcanzar notoriedad; y sus actividades en internet son más intensas que las de los hombres. Asimismo, todos indican que desconfían de que las personas con quienes se conectan no sean quienes dicen ser, temen que les roben información confidencial o verse involucrados en actos sexuales, así como a abusar del uso de las redes sociales. Los autores indican que el problema tiene que ver con la escasa autorregulación y la falta de control para determinar o darse cuenta de los riesgos a que están expuestos al utilizar las redes sociales.

Domínguez Vergara e Ybañez Carranza (2016) estudiaron la interacción entre la dependencia de las plataformas sociales y las habilidades sociales, teniendo como participantes a 205 estudiantes de primero a quinto año de secundaria de una institución educativa privada. Aplicaron la Escala de Actitudes hacia las Redes Sociales de Domínguez y la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein. Encontraron una relación inversa y significativa entre las variables de estudio, que para los autores se debería, según lo planteado por Goldberg, al aburrimiento, a la carencia de relaciones y de objetivos, a la timidez, a la falta de habilidades para desenvolverse en el mundo real y a no tener un nivel adecuado de autoestima. Jiménez y Pantoja (2007) señalan que las personas que no son adictas a las redes sociales presentan mayor control de sí mismos cuando están en situaciones estresantes.

Deza y Díaz (2016) investigaron acerca de la adicción a las redes sociales y las habilidades sociales en 142 estudiantes de tercero a quinto de secundaria de una institución educativa estatal de Cajamarca. Aplicaron la Escala de Habilidades Sociales de Gismero (2000) y el Cuestionario de Adicción a Redes Sociales de Ecurra y Salas (2014). Concluyeron que existía una relación significativa entre el área "decir no" de las habilidades sociales y el área de "uso excesivo" de la adicción a las redes sociales, entre la "autoexpresión y defensa" del área de las habilidades sociales y el área de "obsesión" de la adicción a las redes sociales; del mismo modo, en lo referido al área de "peticiones" de las habilidades sociales y el área de "uso excesivo" de la adicción a las redes sociales.

MÉTODO

Participantes

El universo de investigación estuvo conformado por los estudiantes de quinto grado de secundaria matriculados en las instituciones educativas del Estado y aquellas del sector

privado correspondientes a las siete (7) UGEL de la ciudad de Lima Metropolitana. El tamaño de la muestra se estimó considerando las características de la población, para lo cual se aplicó un muestreo probabilístico y se cuidó de mantener la proporción de la población en la muestra. Se contó con la participación de 1066 estudiantes de quinto grado de secundaria.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- Escala de Habilidades Sociales (EHS) de Gismero (2000), adaptada a estudiantes de quinto de secundaria por Delgado, Escurra y Torres (s. f.). La escala presenta seis factores o dimensiones:
 1. Autoexpresión en el entorno social (factor 1): considera la capacidad de expresión espontánea, sin sentirse ansioso en diversas situaciones sociales (entrevistas de trabajo, tiendas, grupos y reuniones sociales, entre otras). Tener un puntaje elevado indica facilidad para interactuar en los diversos contextos y poder expresar opiniones, sentimientos, hacer preguntas, etcétera.
 2. Defensa de los derechos como consumidor (factor 2): está establecido que una puntuación alta indica tener conductas asertivas ante personas desconocidas en defensa de sus propios derechos en situaciones de consumo, como no permitir que alguien se adelante en una fila, pedir a una persona que deje de hablar, devolver objetos que están funcionando mal, etcétera.
 3. Manifestar enfado o desacuerdo (factor 3): implica evitar desavenencias o careos con los demás. Una puntuación alta es señal de ser capaz de expresar enfado o sentimientos negativos justificados, así como desacuerdos con otros. Un puntaje bajo indicaría dificultad para expresarse cuando se discrepa y preferir callar si algo le molesta para evitar conflictos.
 4. Decir “no” y bloquear interacciones (factor 4): alude a la destreza para finalizar el intercambio no deseado, para no prestar algún objeto o para evitar acciones no deseadas, tal como un pedido o un favor.
 5. Hacer peticiones (factor 5): refleja la capacidad para requerir o pedir algo, ya sea a un amigo, a alguien que no se conoce o también en situaciones de consumo.
 6. Empezar o generar interacciones positivas con personas del sexo opuesto (factor 6): considera la capacidad para dar inicio a las conversaciones o solicitar una cita, el poder decir de manera espontánea un halago o un cumplido y no sentirse ansioso, o el ser capaz de conversar con una persona atractiva.

- Prueba o Cuestionario de Adicción a Redes Sociales (ARS) de Escurra y Salas (2014), adaptado a estudiantes de quinto de secundaria por Escurra, Salas, Delgado y Torres (s. f.). Este cuestionario tiene tres componentes o factores:
 1. Obsesión por las redes sociales (factor 1): se refiere al compromiso mental con las redes sociales, al hecho de estar pensando en ellas de manera constante acudiendo a la fantasía como recurso principal. Y cuando no se puede acceder a las redes sociales, se genera ansiedad y preocupación.
 2. Escaso control individual en el uso de las redes sociales (factor 2): se refiere a la preocupación por no tener control o no poder dejar de utilizar las redes sociales, lo que causa el descuido de sus tareas y estudios.
 3. Excesivo uso de las redes sociales (factor 3): considera los problemas o limitaciones para manejar el empleo de las redes sociales, indicando que se hace de manera excesiva. Se refiere a la incapacidad para controlar el tiempo que se pasa en las redes sociales, no pudiendo reducirlo.

Procedimiento

Se solicitó autorización a los padres de familia y a los directores de los colegios estatales y privados de Lima Metropolitana para que sus estudiantes participaran en la investigación. Se coordinó con los subdirectores y docentes los horarios de aplicación de los instrumentos. Se explicó a los alumnos el propósito del estudio, el carácter voluntario de su participación y el anonimato de sus respuestas.

Análisis de datos

Se aplicó el test de Kolmogorov-Smirnov para determinar la bondad de ajuste de los datos con respecto a una distribución estadística de normalidad, a fin de decidir si se utilizaba un estadístico paramétrico o no paramétrico en la contrastación de hipótesis. Los resultados (tabla 1) permiten plantear el uso de un estadístico no paramétrico; por lo tanto, se empleó el coeficiente de correlación por rangos rho de Spearman (r_s) para evaluar los datos correspondientes a las diversas hipótesis de la investigación.

RESULTADOS

Como se mencionó anteriormente, para determinar el estadístico que se empleará en la contrastación de hipótesis correlacionales, se aplicó el test de Kolmogorov-Smirnov a los datos de los factores y el total de la Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Gismero, 2000) y a los del Cuestionario de Adicción a las Redes Sociales (ARS) de Escurra y Salas (2014) (Cohen, 1988; Delgado, Escurra y Torres, 2006; Siegel y Castellan, 2012).

Los datos (véase la tabla 1) presentan valores Z de Kolmogorov-Smirnov significativos tanto en el puntaje total como en los factores de la Escala de Habilidades Sociales (EHS) (total de habilidades de interacción social = .031; factor o componente 1 de la EHS = .047; factor o aspecto 2 de la EHS = .085; factor o área 3 de la EHS = .086; factor o aspecto 4 de la EHS = .063; factor o aspecto 5 de la EHS = .092, y factor o componente 6 de la EHS = .085), lo cual indica que las puntuaciones no presentan una distribución ajustada o correspondiente a la curva normal.

Del mismo modo, en el puntaje total y los factores del Cuestionario de Adicción a las Redes Sociales (ARS), se observan valores Z de Kolmogorov-Smirnov estadísticamente significativos (puntaje total = .049; factor 1 del ARS = .116; factor 2 del ARS = .061, y factor 3 del ARS = .051), lo que permite establecer que los datos no están distribuidos de acuerdo con los supuestos de la curva normal.

Con estos resultados se hace necesario el empleo de un estadístico no paramétrico como la correlación rho de Spearman para la contrastación de hipótesis.

Tabla 1

Test de Kolmogorov-Smirnov para determinar la bondad de ajuste de los datos de las dimensiones y puntaje total de la EHS y del ARS de los alumnos de quinto de secundaria de colegios estatales y privados de Lima Metropolitana

Factores	K-S Z	g. l.
Autoexpresión en situaciones sociales	.047***	1066
Defensa del derecho en la condición de consumidor	.085***	1066
Expresión de enfado o disconformidad	.086***	1066
Decir "no" y cortar interacciones	.063***	1066
Hacer peticiones	.092***	1066
Iniciar interacciones sociales positivas con el sexo opuesto	.085***	1066
Puntaje total en las habilidades sociales	.031*	1066
Obsesión por las plataformas sociales	.116***	1066
Escaso control en la utilización de los recursos sociales virtuales	.061***	1066
Utilización excesiva de los recursos sociales en internet	.051***	1066
Puntaje total en el índice de adicción o dependencia de las redes sociales	.049***	1066

* $p < .05$, *** $p < .001$

Se hizo la correlación rho de Spearman entre el indicador total de la Escala de Habilidades Sociales (EHS) y el resultado total del Cuestionario de Adicción a las Redes

Sociales (ARS) (tabla 2), y se obtuvo un valor de $-.19$ ($p < .001$). Esta es una correlación negativa y estadísticamente significativa, que señala la existencia de una relación negativa y estadísticamente significativa entre las habilidades sociales y la utilización de redes sociales virtuales en los participantes.

Tabla 2
rho de Spearman de los puntajes totales de la EHS y el ARS de los alumnos de quinto de secundaria de colegios estatales y privados de Lima Metropolitana

	Puntaje total del Cuestionario de Adicción a las Redes Sociales
Puntaje total de la Escala de Habilidades Sociales	$-.19^{***}$

$n = 1066$, $*** p < .001$

En lo que concierne a los análisis específicos de los factores de las variables estudiadas, entre el factor 1 de la EHS y los factores 1, 2 y 3 del ARS, se esperaba observar correlaciones negativas y estadísticamente significativas. Los resultados consignados en la tabla 3 muestran que esta suposición se cumple de forma similar en las variables, pues el factor 1 de la EHS (autoexpresión en situaciones sociales) se correlaciona con el factor 1 del ARS (obsesión por las redes sociales) con un $r_s = -.22$, $p < .001$; con el factor 2 (falta de control personal en el uso de redes sociales), $r_s = -.13$, $p < .001$; y con el factor 3 (uso excesivo de las redes sociales), $r_s = -.09$, $p < .01$.

Tabla 3
rho de Spearman entre el factor 1 de la EHS y los factores 1, 2 y 3 del ARS de los alumnos de quinto de secundaria de colegios estatales y privados de Lima Metropolitana

	Obsesión por las redes sociales (factor 1 del ARS)	Falta de control personal en el uso de las redes sociales (factor 2 del ARS)	Uso excesivo de las redes sociales (factor 3 del ARS)
Autoexpresión en situaciones sociales (factor 1 de la EHS)	$-.22^{***}$	$-.13^{***}$	$-.09^{**}$

$n = 1066$, $** p < .001$, $*** p < .001$

En los análisis de los factores de las variables estudiadas, entre el factor 2 de la EHS y los factores 1, 2 y 3 del ARS, se esperaba observar correlaciones negativas y estadísticamente significativas. Los resultados consignados en la tabla 4 muestran que

esta suposición se cumple de forma similar en las variables, dado que el factor 2 de la EHS (defensa de los derechos como consumidor) se correlaciona con el factor 1 del ARS (obsesión por las redes sociales) con un $r_s = -.23$, $p < .001$; con el factor 2 (falta de control personal en el uso de redes sociales), $r_s = -.13$, $p < .001$; y con el factor 3 (uso excesivo de las redes sociales), $r_s = -.12$, $p < .001$.

Tabla 4
rho de Spearman entre el factor 2 de la EHS y los factores 1, 2 y 3 del ARS de los alumnos de quinto de secundaria de colegios estatales y privados de Lima Metropolitana

	Factor 1 del ARS	Factor 2 del ARS	Factor 3 del ARS
Defensa de los derechos como consumidor (factor 2 de la EHS)	-.23***	-.13***	-.12***

n = 1066, *** p < .001

Para los análisis de las relaciones según factores, específicamente entre el factor 4 de la EHS y los factores 1, 2 y 3 del ARS, se esperaba obtener correlaciones negativas y estadísticamente significativas. Los resultados consignados en la tabla 5 indican que esta suposición se cumple de forma similar en los análisis realizados, en la medida que el factor 3 de la EHS (expresión de enfado o disconformidad) se correlaciona con el factor 1 del ARS (obsesión por las redes sociales) con un $r_s = -.23$, $p < .001$; con el factor 2 (falta de control personal en el uso de redes sociales), $r_s = -.13$, $p < .01$; y con el factor 3 (uso excesivo de las redes sociales), $r_s = -.06$, $p < .05$.

Tabla 5
rho de Spearman entre el factor 3 de la EHS y los factores 1, 2 y 3 del ARS de los alumnos de quinto de secundaria de colegios estatales y privados de Lima Metropolitana

	Factor 1 del ARS	Factor 2 del ARS	Factor 3 del ARS
Expresión de enfado o disconformidad (factor 3 de la EHS)	-.16***	-.11**	-.06*

n = 1066, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

En la tabla 6, se presentan los datos correspondientes a las correlaciones entre el factor 3 de la EHS y los factores 1, 2 y 3 del ARS, en las que se esperaba observar correlaciones negativas y estadísticamente significativas. Los resultados indican que esta suposición se cumple de forma similar en las correlaciones, pues el factor 4 de la EHS (decir "no" e impedir interacciones) se correlaciona con el factor 1 del ARS (obsesión

por las redes sociales) con un $r_s = -.17, p < .001$; con el factor 2 (falta de control personal en el uso de redes sociales), $r_s = -.07, p < .05$; y con el factor 3 (uso excesivo de las redes sociales), $r_s = -.16, p < .001$.

Tabla 6
rho de Spearman entre el factor 4 de la EHS y los factores 1, 2 y 3 del ARS en los estudiantes de quinto de secundaria de colegios estatales y privados de Lima Metropolitana

	Factor 1 del ARS	Factor 2 del ARS	Factor 3 del ARS
Decir "no" e impedir interacciones (factor 4 de la EHS)	-.17***	-.07*	-.16***

n = 1066, * p < .05, *** p < .001

En los análisis de los factores de las variables estudiadas, entre el factor 5 de la EHS y los factores 1, 2 y 3 del ARS, se esperaba observar correlaciones negativas y estadísticamente significativas. Los resultados consignados en la tabla 7 muestran que esta suposición se cumple solo de forma similar en solo dos variables, dado que el factor 5 de la EHS (realizar peticiones) se correlaciona con el factor 1 del ARS (obsesión por las redes sociales) con un $r_s = -.18, p < .001$; y con el factor 3 (uso excesivo de las redes sociales), $r_s = -.16, p < .001$. En tanto que no se cumple con el factor 2 (falta de control personal en el uso de redes sociales), $r_s = -.043, p > .05$.

Tabla 7
rho de Spearman entre el factor 5 de la EHS y los factores 1, 2 y 3 del ARS en los estudiantes de quinto de secundaria de colegios estatales y privados de Lima Metropolitana

	Factor 1 del ARS	Factor 2 del ARS	Factor 3 del ARS
Realizar peticiones (factor 5 de la EHS)	-.18***	-.04	-.16***

n = 1066, *** p < .001

Para los análisis de las relaciones según factores, específicamente entre el factor 6 de la EHS y los factores 1, 2 y 3 del ARS, se esperaba obtener correlaciones negativas y estadísticamente significativas. Los resultados consignados en la tabla 8 indican que esta suposición se cumple de forma similar en los análisis realizados, en la medida que el factor 6 de la EHS (iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto) se correlaciona con el factor 1 del ARS (obsesión por las redes sociales) con un $r_s = -.13, p < .001$; con el factor 2 (falta de control personal en el uso de redes sociales), $r_s = -.09, p < .01$; y con el factor 3 (uso excesivo de las redes sociales), $r_s = -.13, p < .001$.

Tabla 8

rho de Spearman entre el factor 6 de la EHS y los factores 1, 2 y 3 del ARS en los estudiantes de quinto de secundaria de colegios estatales y privados de Lima Metropolitana

	Factor 1 del ARS	Factor 2 del ARS	Factor 3 del ARS
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (factor 6 de la EHS)	-.13***	-.09**	-.13***

n = 1066, ** p < .01, *** p < .001

DISCUSIÓN

El resultado de relacionar los índices totales de las habilidades sociales y los valores o puntajes totales correspondientes a la utilización de las plataformas virtuales mostró una interacción inversa o negativa estadísticamente significativa (tabla 2). Esto coincide con lo planteado, entre otros, por Gismero (2000), Galarcio (2006), Choque (2007), Meattle (2007), Orihuela (2008), Anguiano *et al.* (2010), Echeburúa y De Corral (2010), Carballo *et al.* (2012) y Arias *et al.* (2012), quienes plantean que las personas que han desarrollado de manera adecuada sus habilidades sociales son capaces de tener relaciones interpersonales satisfactorias y, a la vez, pueden realizar diversas actividades en el entorno social.

Es interesante señalar que el incremento acelerado del uso de las plataformas virtuales para viabilizar las redes sociales ha pospuesto progresiva y significativamente el contacto personal. Esta situación afecta las relaciones interpersonales, debido, entre otros aspectos, a que la virtualidad en las redes sociales no permite, por ejemplo, sentir o percibir el estado anímico del interlocutor; tampoco posibilita utilizar el lenguaje silencioso o corporal, impidiendo características tales como la asertividad al expresar opiniones. Este resultado concuerda con lo planteado por Zywicki y Danowski (2008), quienes destacan la existencia de patrones o perfiles sociales en usuarios de plataformas virtuales, tales como personas con perfiles de introversión y autoestima baja que buscaban exageradamente la popularidad, en contraposición a los caracterizados como extrovertidos y personas con una autoestima alta. Del mismo modo, se asemeja a lo hallado por Kraut *et al.* (1998, citado por Suriá, 2012), Jiménez y Pantoja (2007), García del Castillo *et al.* (2008), Herrera *et al.* (2010), Labrador y Villadangos (2010), Mejía *et al.* (2014), Domínguez Vergara e Ybañez Carranza (2016), quienes consideran que los estudiantes con mayores habilidades sociales presentan menor frecuencia de uso de internet.

Sin embargo, lo encontrado en esta investigación discrepa de lo reportado por Robinson *et al.* (2000), el documento de UCLA (2000), y Subrahmanyam y Greenfield (2008), en el sentido de que la utilización de las plataformas virtuales no disminuye

la comunicación personal con la familia, los amigos o los compañeros de trabajo. Asimismo, diverge de los trabajos de Zubeidat *et al.* (2008), Valkenburg y Peter (2008), Fowler y Christakis (2009), y Suriá (2012), quienes señalan que el uso de internet favorece o mejora la interacción social, la posibilidad de mantener relaciones sociales, y el número de conexiones y la frecuencia de contactos en las redes virtuales.

Entre el factor o componente de la autoexpresión en el entorno social y la obsesión por las redes sociales en los participantes se encuentra una interacción negativa de carácter significativo (véase la tabla 3). Esto coincide con lo formulado por Gismero (2000), Choque (2007), Anguiano *et al.* (2010), Ecurra y Salas (2014), y lo reportado por García del Castillo *et al.* (2008), Herrera *et al.* (2010) y Suriá (2012), puesto que los estudiantes con capacidad para manifestar sus emociones, opiniones e intereses, con posibilidad de cuestionar espontáneamente y no actuar ansiosamente en escenarios o eventos sociales no piensan ni fantasean frecuentemente con las redes virtuales; tampoco manifiestan ansiedad si no les es posible acceder a las plataformas virtuales.

Del mismo modo, se halló una interacción negativa y significativa entre el componente o factor de autoexpresión en escenarios sociales y el aspecto de la ausencia de control individual en la utilización de la virtualidad social (véase la tabla 3). Esto concuerda con Gismero (2000), Choque (2007), Shaffer y Kipp (2007), Orihuela (2008), Anguiano *et al.* (2010), Carballo *et al.* (2012), Ecurra y Salas (2014), así como también con los trabajos de García del Castillo *et al.* (2008), Herrera *et al.* (2010), Echeburúa y De Corral (2010), Suriá (2012) y Mejía *et al.* (2014), pues el estudiante que no manifiesta ansiedad al expresarse en diferentes escenarios sociales (puntaje elevado en la autoexpresión en eventos sociales) no manifiesta problemas para manejar su tiempo al utilizar la virtualidad en las redes sociales, por lo cual no se descuida en sus tareas (puntaje bajo en el factor de falta de control en el uso de las redes sociales).

De manera similar, los resultados evidencian una interacción inversa, significativa estadísticamente, considerando el aspecto de la autoexpresión en escenarios sociales y el del uso exagerado de la virtualidad en la interacción social (véase la tabla 3). Esto coincide con lo planteado por Gismero (2000), Galarcio (2006), Anguiano *et al.* (2010), Carballo *et al.* (2012), Arias *et al.* (2012), Ecurra y Salas (2014), y con lo reportado por Valkenburg y Peter (2008), Subrahmanyam y Greenfield (2008), Herrera *et al.* (2010), Labrador y Villadangos (2010), Suriá (2012) y Mejía *et al.* (2014), puesto que los estudiantes con puntajes altos en el factor de autoexpresión en eventos sociales no presentan problemas en la utilización o control de la virtualidad en la interacción social, pues están en condiciones de manejar el tiempo que pasan en las redes.

En cuanto a la interacción entre la defensa de los derechos del consumidor y la obsesión por la virtualidad social en los jóvenes de quinto de secundaria de la ciudad de Lima Metropolitana (véase la tabla 4), los resultados muestran una relación de sentido

inversa y significativa, concordando con la formulación teórica de Gismero (2000), Orihuela (2008), Anguiano *et al.* (2010), Escurra y Salas (2014), así como también con los resultados objetivos o empíricos de García del Castillo *et al.* (2008), Zywicki y Danowski (2008), Herrera *et al.* (2010), y Labrador y Villadangos (2010), ya que los estudiantes que plantean de manera asertiva sus derechos como consumidores no manifiestan estar mentalmente comprometidos con la interacción social de carácter virtual, pues no sienten angustia en caso de no acceder a ellas.

Se evidenció también una interacción negativa superior a lo esperado al azar y, por tanto, significativa, considerando la defensa de los derechos del consumidor y el aspecto o factor correspondiente al escaso control individual al usar las plataformas virtuales en la interacción social (véase la tabla 4). Esto concuerda con el planteamiento teórico de Gismero (2000), Arias *et al.* (2012), Carballo *et al.* (2012), Escurra y Salas (2014), como también con lo encontrado por Valkenburg y Peter (2008), Subrahmanyam y Greenfield (2008), Herrera *et al.* (2010), Suriá (2012) y Mejía *et al.* (2014), puesto que los estudiantes con puntajes altos en el factor de defensa de los derechos como consumidor no muestran falta de control al utilizar las redes sociales y tienen la capacidad de poder detener fácilmente su uso.

Asimismo, en los datos de la tabla 4 se observa una interacción inversa, superior al azar y, por tanto, significativa, entre el factor de la defensa de los derechos del consumidor y el uso exagerado de la interacción social de manera virtual. Esto coincide con los supuestos teóricos de diferentes autores, tales como Gismero (2000), Choque (2007), Orihuela (2008), Anguiano *et al.* (2010), Escurra y Salas (2014), y con los hallazgos empíricos de los trabajos de García del Castillo *et al.* (2008), Herrera *et al.* (2010) y Mejía *et al.* (2014), en el sentido de que los participantes con un nivel bajo de asertividad ante desconocidos al defender sus derechos presentan dificultades en el uso controlado de las redes sociales, que se manifiesta en el hecho de no poder disminuir el tiempo de uso.

En la interacción entre el factor de la expresión de disconformidad o enfado y el de la obsesión por las redes sociales (véase la tabla 5) se observa una interacción inversa con una intensidad significativa en el plano estadístico, de acuerdo con el supuesto teórico de Gismero (2000), Galarcio (2006), Arias *et al.* (2012), Escurra y Salas (2014), como con lo comunicado por García del Castillo *et al.* (2008), Zywicki y Danowski (2008), Herrera *et al.* (2010) y Mejía *et al.* (2014). En este sentido, los jóvenes que logran altos puntajes en el factor de manifestación de enfado o desacuerdo tienen mejor capacidad de manejar conflictos y discusiones con otras personas, y obtienen puntuaciones bajas en el factor de estar obsesionados con la virtualidad en las redes sociales. Por lo tanto, no están mentalmente comprometidos con las interacciones sociales de carácter virtual y tampoco están elucubrando o desarrollando pensamientos sobre ellas permanentemente, además de no presentar estados de ansiedad cuando no tienen acceso a ellas.

De igual modo, al observar los datos de la tabla 5 se constata un índice de relación inversa y significativa —pues supera su ocurrencia al azar— en la interacción del factor de manifestación de enfado o disconformidad y el factor de escaso control o ausencia de él para utilizar las redes sociales virtualmente. Este indicador concuerda con el planteamiento teórico de Gismero (2000), Orihuela (2008), Echeburúa y De Corral (2010), Carballo *et al.* (2012), Ecurra y Salas (2014), así como también con los informes de Subrahmanyam y Greenfield (2008), Valkenburg y Peter (2008), Herrera *et al.* (2010), Suriá (2012) y Mejía *et al.* (2014), ya que los jóvenes en capacidad de afrontar conflictos y discusiones pueden manifestar su molestia o sus sentimientos inapropiados o negativos debidamente justificados (es decir que son capaces de plantear su posición frente a los otros), y no tienen problemas con respecto al uso controlado de las redes sociales en internet. De esta manera, pueden cumplir sus deberes académicos en claro beneficio de sus estudios.

Los datos de la tabla 5 también indican una correlación de sentido negativo y significativo, considerando el supuesto estadístico, entre el factor o componente de expresión de enfado o molestia y el factor de la utilización excesiva de las redes sociales. Esto refuerza los supuestos teóricos de Gismero (2000), Choque (2007), Arias *et al.* (2012), Ecurra y Salas (2014), y coincide con los aportes empíricos de García del Castillo *et al.* (2008), Herrera *et al.* (2010), Suriá (2012) y Mejía *et al.* (2014), puesto que los estudiantes sin habilidades para manifestar su molestia o sentimientos inadecuados debidamente justificados, e incapaces de manifestar su desacuerdo frente a los demás y de afrontar conflictos tienden a presentar dificultades en el control o uso del tiempo que pasan en las redes sociales, lo que se manifiesta en el uso excesivo de estas plataformas virtuales.

Al estudiar la relación entre el factor o habilidad de decir “no” e impedir interacciones y el factor de obsesión por las redes sociales, se encuentra una interacción negativa, significativa en términos estadísticos (véase la tabla 6), coincidente con los supuestos teóricos de Gismero (2000), Galarcio (2006), Choque (2007), Ecurra y Salas (2014), entre otros, y lo hallado por García del Castillo *et al.* (2008), Herrera *et al.* (2010), Labrador y Villadangos (2010) y Suriá (2012), debido a que los estudiantes que son capaces de terminar o interrumpir las interacciones no deseadas, o que evitan hacer algo que no desean, simplemente no prestan atención ni fantasean constantemente con las redes sociales y no manifiestan expresiones de ansiedad cuando no pueden acceder a ellas.

Del mismo modo, en la tabla 6 se observa la interacción negativa y estadísticamente significativa entre el valor total del factor de decir “no” y cortar interacciones, y el valor total del factor de la falta de control en el uso de la virtualidad y las redes sociales. Esto coincide con la formulación teórica de Gismero (2000), Galarcio (2006), Orihuela (2008), Anguiano *et al.* (2010), Carballo *et al.* (2012), Ecurra y Salas (2014), así como con los aportes empíricos de García del Castillo *et al.* (2008), Herrera *et al.* (2010), Labrador y Villadangos (2010), Suriá (2012) y Mejía *et al.* (2014), puesto que los alumnos con la

capacidad de dar por concluidas las interacciones no deseadas y que rechazan ejecutar o hacer algo no deseado (presentan puntuaciones altas en el componente o factor de decir "no" y cortar interacciones) no tienen dificultades en sus actividades y trabajos académicos asociadas a la falta de control en la frecuencia y su obvia implicancia en el tiempo dedicado a las redes virtuales de interacción social (puntuaciones bajas en el factor de la falta de control en el uso de las redes sociales).

Igualmente, los datos hallados evidencian una interacción de sentido negativo y significativo estadísticamente entre el factor o aspecto de decir "no" y cortar interacciones, y el factor del uso exagerado de las redes sociales (véase la tabla 6). Esto concuerda con el planteamiento teórico, entre otros, de Gismero (2000), Galarcio (2006), Anguiano *et al.* (2010), Carballo *et al.* (2012), Ecurra y Salas (2014), y los trabajos de Valkenburg y Peter (2008), Subrahmanyam y Greenfield (2008), Herrera *et al.* (2010), Labrador y Villadangos (2010), Mejía *et al.* (2014), y Deza y Díaz (2016), puesto que los jóvenes con escasa habilidad para dar por concluidas interacciones no deseadas y que son incapaces de negarse a prestar algo o a hacer algo tienen dificultades en el control del uso de las redes sociales.

En la interacción entre el factor de hacer peticiones y el de la obsesión por las redes sociales (véase la tabla 7), se halló un índice negativo y significativo de acuerdo con el supuesto estadístico. Esto refuerza lo formulado teóricamente por Gismero (2000), Choque (2007), Anguiano *et al.* (2010), Ecurra y Salas (2014), como lo hallado empíricamente por García del Castillo *et al.* (2008), Zywica y Danowski (2008), Herrera *et al.* (2010), Labrador y Villadangos (2010) y Suriá (2012), debido a que los alumnos que demuestran ser hábiles para iniciar conversaciones o pedir una cita, y que son capaces de decir un cumplido a alguien que les resulta atractivo no se sienten mentalmente comprometidos con las redes sociales; tampoco están angustiados si no pueden acceder a ellas.

Los resultados permiten observar una relación inversa y estadísticamente significativa entre el factor de hacer peticiones y el factor de uso excesivo de las redes sociales en los participantes (véase la tabla 7). Esto concuerda con los planteamientos teóricos de Gismero (2000), Choque (2007), Anguiano *et al.* (2010), Ecurra y Salas (2014), así como con los aportes empíricos de García del Castillo *et al.* (2008), Zywica y Danowski (2008), Herrera *et al.* (2010), Labrador y Villadangos (2010), y Suriá (2012), porque los estudiantes que presentan dificultades para iniciar conversaciones, para solicitar una cita o para expresar un halago espontáneamente se encuentran bastante inmiscuidos o comprometidos mentalmente con los contenidos de las plataformas virtuales referidas a las redes sociales y manifiestan ansiedad cuando no tienen acceso a ellas.

Entre el factor de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y el factor de obsesión por las redes sociales (véase la tabla 8), se observa un índice correspondiente a una relación inversa y que estadísticamente es significativo. Esto apoya los supuestos

teóricos de autores como Gismero (2000), Choque (2007), Anguiano *et al.* (2010), Ecurra y Salas (2014), y a la vez, coincide con los aportes empíricos de García del Castillo *et al.* (2008), Zywica y Danowski (2008), Herrera *et al.* (2010), Labrador y Villadangos (2010), Suriá (2012) y Mejía *et al.* (2014), lo que se explica por el hecho de que los participantes con puntajes altos en el factor de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto poseen la habilidad de afrontar conflictos y desacuerdos con otros, y obtienen puntajes bajos en el factor de la obsesión por las redes sociales. Así no se hallan inmersos mentalmente con lo ofrecido por las redes sociales ni piensan al respecto constantemente; tampoco se sienten ansiosos al no poder acceder a ellas.

De igual manera, en la tabla 8 se observa el dato de una interacción de sentido inverso, y con una intensidad considerada significativa estadísticamente, entre el factor de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y el factor de falta de control personal en el uso de las redes sociales. Esto resulta coincidente con los supuestos teóricos de Gismero (2000), Orihuela (2008), Anguiano *et al.* (2010), Carballo *et al.* (2012), Ecurra y Salas (2014), así como también con los reportes empíricos de Subrahmanyam y Greenfield (2008), Valkenburg y Peter (2008), Herrera *et al.* (2010), Labrador y Villadangos (2010), Suriá (2012) y Mejía *et al.* (2014), pues los estudiantes capaces de iniciar una conversación o pedir una cita, o expresar un halago espontáneamente para otra persona sin sentirse ansiosos, no tienen dificultades o problemas con respecto al control del uso de las redes sociales en internet, por lo cual no descuidan sus actividades académicas y los estudios en general.

Se puede señalar, finalmente, que los datos contenidos en la tabla 8 indican un índice de relación de sentido negativo y significativo entre el factor de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y el factor del uso excesivo de las redes sociales. Esto concuerda con los planteamientos teóricos de Gismero (2000), Anguiano *et al.* (2010), Ecurra y Salas (2014), y con lo reportado empíricamente por investigadores como García del Castillo *et al.* (2008), Herrera *et al.* (2010), Labrador y Villadangos (2010), Suriá (2012) y Mejía *et al.* (2014), ya que los estudiantes sin la capacidad de empezar una conversación o solicitar una cita, o de expresar un cumplido sin sentirse mal, presentan una tendencia a tener dificultades en controlar el tiempo que dedican a las actividades en las plataformas virtuales de las redes sociales.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2008). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Anguiano, S., Vega, C., Nava, C., y Soria, R. (2010). Las habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación de un grupo de alcohólicos anónimos

- (AA). *Liberabit. Revista de Psicología* 16(1), 17-26. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=68615511003>
- Arias, O., Gallego, V., Rodríguez, M. J., y Del Pozo, M. A. (2012). Adicción a las nuevas tecnologías. *Psicología de las Adicciones*, 1, 2-6.
- Arnao, J., y Surpachín, M. (2016). *Uso y abuso de las redes sociales digitales en adolescentes y jóvenes*. Lima: CEDRO.
- Carballo, J., Pérez-Jover, M., Espada, J., Orgilés, M., y Piqueras, P. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Expresión Social para la evaluación de habilidades sociales en el contexto de internet. *Psicothema*, 24(1), 121-126. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3988.pdf>
- Choque, R. (2007). *Eficacia del Programa Educativo de Habilidades para la Vida en Adolescentes de una institución educativa del distrito de Huancavelica, 2006* (tesis para optar el grado de magíster en Gerencia de Proyectos y Programas Sociales). Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Delgado, A. E., Ecurra, L. M., y Torres, W. (s. f.). *Adaptación psicométrica de la Escala de Habilidades Sociales (EHS) de Gismero para estudiantes de quinto grado de secundaria de Lima Metropolitana* (en prensa).
- Delgado, A. E., Ecurra, L. M., y Torres, W. (2006). *La medición en psicología y educación: teoría y aplicaciones*. Lima: Hozlo.
- Deza, N., y Díaz, M. (2016). *Adicción a las redes sociales y habilidades sociales en un grupo de adolescentes de la ciudad de Cajamarca* (tesis para optar el título de psicólogos). Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Recuperado de <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/263>
- Domínguez Vergara, J., e Ybañez Carranza, J. (2016). Adicción a las redes sociales y habilidades sociales en estudiantes de una institución educativa privada. *Propósitos y Representaciones. Revista de Psicología Educativa*. 4(2). Recuperado de <https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/122/390>
- Echeburúa, E., y De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-95. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122889001>
- Ecurra, L. M., y Salas, E. (2014). Construcción y validación del Cuestionario de Adicción a Redes Sociales (ARS). *Liberabit*, 20(1), 73-91.
- Ecurra, L. M., Salas, E., Delgado, A. E., y Torres, W. (s. f.). *Adaptación psicométrica del Cuestionario de Adicción a Redes Sociales (ARS) de Ecurra y Salas para estudiantes de quinto grado de secundaria de Lima Metropolitana* (en prensa).

- Fowler, J. H., y Christakis, N. A. (2009). The dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *British Medical Journal*, 337, 1-9. Recuperado de <http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:3685822>
- Galarcio, J. (2006). *Formación de la identidad en la adolescencia* (tesis para optar el título de psicólogo). Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. Recuperado de <http://eav.upb.co/banco/files/Tesisidentidadadolescencia.pdf>
- García del Castillo, J., Terol, M., Nieto, M., Lledo, A., Sánchez, S., Aragón, M., y Sitges, E. (2008). Uso y abuso de internet en jóvenes universitarios. *Psiquiatría Interactiva*, 20(2), 131-142. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/garcia%20del%20castillo.pdf>
- Gismero, E. (2000). *Manual de la Escala de Habilidades Sociales (EHS)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Herrera, F., Pacheco M., Palomar, J. y Zavala, D. (2010). La adicción a Facebook relacionada con la baja autoestima, la depresión y la falta de habilidades sociales. *Psicología Iberoamericana*, 18(1), 6-18. Recuperado de <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=133915936002&iCveNum015936>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2014). *Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza 2014*. Recuperado de https://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/249
- Jiménez, A. L., y Pantoja, V. (2007). Autoestima y relaciones interpersonales en sujetos adictos a internet. *Revista de Psicología*, 26(1), 78-89.
- Labrador, F. J., y Villadangos, S. M. (2010). Menores y nuevas tecnologías: conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema*, 22(2), 180-188. Recuperado de <http://www.psicothema.com>
- Meattle, J. (30 de octubre del 2007). Top-50websites-Ranked by Unique Visitors: Digg.com, Facebook, Flickr sky rocketing [mensaje en un blog]. Recuperado de <http://blog.compete/2007/10/30/top-50-websites-domans-digg-youtube-flickr-facebook/>
- Mejía, G., Paz, J., y Quinteros, D. (2014). Adicción a Facebook y habilidades sociales en estudiantes de una universidad privada de Lima. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 7(1), 7-14.
- Morahan-Martin, J., y Schumacher, P. (2003). Loneliness and social uses of the Internet. *Computers in Human Behavior*, 19, 659-671. [http://dx.doi.org/10.1016/S0747-5632\(03\)00040-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0747-5632(03)00040-2)
- Morduchowicz, R., Marcon, A., Sylvestre, V., y Ballestrini, F. (2010). *Los adolescentes y las redes sociales*. Recuperado de <http://www.protectora.org.ar/wp-content/2010/marzo%202010/los%20adolescentes%20y%20las%20redes%20sociales.pdf>

- Orihuela, M. (2008). Internet: la hora de las redes sociales. *Nueva Revista*, 119, 57-62. Recuperado de http://mccd.udc.es/orihuela/documentos/nueva_revista_08.pdf
- Robinson, J., Kestnbaum, M., Neustadt, A., y Alvarez, A. (2000). Mass media and social life among internet users. *Social Science Computer Review*, 18, 490-501. <http://dx.doi.org/10.1177/089443930001800411>
- Sánchez, H., y Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Business Support Aneth.
- Shaffer, D., y Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. México D. F.: Thompson.
- Siegel, S., y Castellan, N. (2012). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. México D. F.: Trillas.
- Subrahmanyam, K., y Greenfield, P. (2008). Online communication and adolescent relationships. *The Future of Children*, 18(1), 119-148. Recuperado de http://muse.jhu.edu/login?uri=/journals/future_of_children/v018/18.1.schmidt.html
- Suriá, R. (2012). Redes sociales *online* y su utilización para mejorar las habilidades sociales en jóvenes con discapacidad. *Escritos de Psicología*, 5(3), 16-23. doi: 10.5231/psy.writ.2012.1809
- UCLA Centro para la Política de Comunicación. (2000). *UCLA Internet Report. Surveying the Digital Future*. Recuperado de <http://www.ccp.ucla.edu/newsite/pages/internet-report.asp>
- Valkenburg, P., y Peter, J. (2008). Adolescent's identity experiments on the internet: consequences for social competent and self-concept unity. *Communication Research*, 35, 208-231. Recuperado de <http://crx.sagepub.com/cgi/content/abstract/35/2/208>
- Zubeidat, I., Salinas, J., y Sierra, J. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. *Salud Mental*, 31, 189-196.
- Zywica, J., y Danowski, J. (2008). The faces of facebookers: investigating social enhancement and social compensation hypotheses; predicting Facebook and offline popularity from sociability and self-esteem, and zapping the meanings of popularity with semantic networks. *Journal of Computer-Mediated Communications*, 14, 1-34. Recuperado de <http://www.interscience.wiley.com/journal/121527995/abstract>

FACTIBILIDAD DE UN PROGRAMA DE *MINDFULNESS* EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL PERÚ: UN ESTUDIO PILOTO ALEATORIZADO

MANOLETE S. MOSCOSO

<https://orcid.org/0000-0001-8713-5749>

University of South Florida / Tampa, Estados Unidos
Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú

MARÍA A. DE LA PUENTE

<https://orcid.org/0000-0001-5365-8314>

ANA L. PÉREZ

<https://orcid.org/0000-0002-0801-7128>

RAÚL GUZMÁN

<https://orcid.org/0000-0002-9921-2024>

Universidad Católica de Santa María / Arequipa, Perú

Recibido: 20 de julio del 2019 / Aceptado: 11 de diciembre del 2019

doi: 10.26439/persona2020.n023(1).4832

Resumen. El propósito de esta investigación fue evaluar la factibilidad de la intervención cognitiva basada en *mindfulness* (MBCI) para pacientes con cáncer de mama en la ciudad de Arequipa, Perú. Se seleccionaron 26 pacientes con esta enfermedad entre las edades de 37 a 73 años para el presente estudio piloto. Las participantes fueron asignadas aleatoriamente al programa de entrenamiento MBCI de seis semanas de duración o al grupo de control. Se utilizaron instrumentos psicométricos sobre estrés percibido y depresión para coleccionar los datos antes y después del entrenamiento de MBCI. La adherencia y participación de las pacientes en el programa, así como sus reportes con base en el protocolo clínico después de la intervención, confirman la factibilidad de la utilización del programa MBCI en pacientes con cáncer de mama en el Perú. Los resultados indican que, en comparación con el grupo de control, las participantes en el programa MBCI reportaron reducciones significativas en el estrés percibido y la depresión.

Palabras clave: *mindfulness* / estrés percibido / depresión / cáncer de mama

FEASIBILITY OF A MINDFULNESS INTERVENTION PROGRAM IN CANCER PATIENTS IN PERU: A RANDOMIZED PILOT STUDY

Abstract. This research aimed to evaluate the feasibility of a mindfulness-based cognitive intervention (MBCI) among breast cancer patients in the city of Arequipa, Peru. Twenty-six (26) female patients with breast cancer aged 37 to 73 years were screened for this pilot study. The participants were randomized to the six-week MBCI program or to the control group. Psychometric instruments to measure perceived stress and depression were used to collect the data before and after the MBCI program. Patients' adherence to and participation in the program, as well as the protocol-based medical reports issued after the interventions, demonstrate the feasibility of using the MBCI program in patients with breast cancer in Peru. The results show that, compared with the control group, the participants randomized to the MBCI program reported significant reductions in perceived stress and depression.

Keywords: mindfulness / perceived stress / depression / breast

INTRODUCCIÓN

En el Perú, el cáncer de mama es la segunda neoplasia maligna más frecuente entre las mujeres, después del cáncer de cuello uterino. Este tipo de cáncer, de carácter impredecible, se manifiesta con mayor incidencia entre los 30 y 80 años, con un porcentaje más alto entre los 45 y 65 años, de acuerdo con el reporte del Ministerio de Salud del Perú (2013). En cuanto a su mortalidad, la incidencia bajó un 2 % anual en mujeres mayores de 50 años entre 1999 y 2005. La adaptación psicológica y psicosocial al cáncer de mama está determinada por varios factores, tales como la percepción de la imagen corporal (Sánchez, 2015; Rivera y Vásquez, 2013) y el soporte familiar (Lazo, 2015).

El diagnóstico del cáncer de mama y la evolución de esta enfermedad generan con frecuencia un estado de distrés emocional, porque afectan al paciente física, psíquica y socialmente (Hernández, Bernardello, Aristodemo y Barros, 2007; Tateishi, 2011). Por este motivo, la adaptación del paciente a la experiencia del cáncer es difícil, y provoca reacciones ansiosas y depresivas (Lengacher *et al.*, 2009). Muchos de estos síntomas psicológicos no reciben tratamiento apropiado, al no ser evaluados, y suelen considerarse reacciones normales a la enfermedad y sus tratamientos (Moscoso, Lengacher y Reheiser, 2012).

Afrontamiento del paciente oncológico ante el estrés crónico

Una de las formas más comunes de afrontar el estrés en los pacientes con diagnóstico de cáncer es la internalización, es decir, una reacción inhibitoria ante el estrés (Chinchilla, 2008). Ello genera que la persona mantenga un nivel de excitación fisiológica y que las hormonas del estrés, como el cortisol, continúen haciendo estragos en el organismo. En este sentido, es importante destacar que cada vez hay más evidencias de que la estimulación crónica del sistema nervioso simpático puede llevar al individuo a un estado de desregulación neurofisiológica que cause aún mayores problemas en la salud de dichos pacientes (Moscoso, 2014). A la fecha, existen reportes científicos que indican que una situación estresante altera el sistema nervioso central, el cual a su vez afecta a los sistemas inmunológico y endocrino, debido a las múltiples conexiones mente-cuerpo (Molina, 2009; Moscoso, 2009; Moscoso, 2010).

Lazarus y Folkman (1986) indican que “el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y su entorno, el cual es evaluado como una amenaza a sus recursos personales poniendo en peligro su bienestar” (p. 43); aún más, el afrontamiento es “el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente evaluando al estresor y las emociones que este genera” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 44). La respuesta emocional al estrés está condicionada por la percepción que tenga la persona de tal situación, así como por sus características personales.

En este sentido, la práctica del *mindfulness* permite que el paciente sea capaz de manejar el estrés crónico (Tacón, Caldera y Ronaghan, 2004) a través de enfocar la atención en la respiración y tomar conciencia de los pensamientos y emociones, al igual que mediante los sentidos (Stahl y Goldstein, 2010).

Reducción de estrés basada en *mindfulness*

En los últimos años, el interés en la reducción del estrés basada en *mindfulness* ha crecido exponencialmente, y se utiliza también en el manejo del distrés emocional asociado a enfermedades crónicas (Bishop, 2002; Kabat-Zinn, 2003). La práctica de *mindfulness* fue introducida por Jon Kabat-Zinn en 1979 en los Estados Unidos de América, con un programa formal de reducción de estrés que se llevó a cabo en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, llamado *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR).

Kabat-Zinn (2007) define *mindfulness* como “la toma de conciencia sin elaborar juicios de valor, el cual se cultiva enfocando la atención en el momento presente” (p. 115). Para Moscoso y Lengacher (2015), “es la energía consciente de prestar atención deliberadamente a la experiencia del momento presente, sin elaborar juicios de valor”. Como podemos observar, existen diversas definiciones del término; sin embargo, se puede indicar que todas coinciden con el enfoque de la atención en el momento presente, es decir, en el aquí y el ahora (Mañas, 2009).

Specia, Carlson, Goodey y Angen (2000) afirman que la práctica de *mindfulness* es eficaz en el manejo de enfermedades físicas y psicológicas. Por ello la psicología contemporánea ha acogido el entrenamiento de *mindfulness* como una intervención psicológica válida y efectiva para afrontar de manera más adecuada los procesos de estrés. Igualmente, Lengacher *et al.* (2014) reportan evidencia empírica de que las intervenciones de *mindfulness* contribuyen a mejorar la capacidad de regular las emociones y disminuir los pensamientos negativos, además de ayudar a que la respuesta inmunitaria, la reactividad al estrés y la percepción de bienestar físico funcionen mejor. La eficacia de estas intervenciones ha sido también demostrada en el tratamiento de la depresión (Teasdale *et al.*, 2000), la reducción del estrés y la ansiedad (Kabat-Zinn, 2003), así como del distrés psicológico en pacientes con cáncer (Carlson, Specia, Patel y Faris, 2007; Lengacher *et al.*, 2009; Moscoso, Reheiser y Hann, 2004) y los temores de recurrencia del tumor maligno (Lengacher *et al.*, 2014).

En términos generales, los efectos positivos de las intervenciones basadas en *mindfulness* también han sido demostrados en muestras no clínicas, específicamente en grupos de personas interesadas en la reducción del estrés y del dolor crónico (Kabat-Zinn, 2007), la mejora de las funciones inmunológicas (Davidson *et al.*, 2003; Lengacher *et al.*, 2012) y disminución en los niveles de cortisol en pacientes con cáncer de mama

(Lengacher *et al.*, 2012). Existe también evidencia empírica de que este tipo de intervención facilita el desarrollo de actitudes y emociones positivas en estudiantes universitarios (Garland, Gaylord y Fredrickson, 2011).

Intervención cognitiva basada en *mindfulness*

El programa de intervención cognitiva basada en *mindfulness* (MBCI) fue desarrollado específicamente para pacientes oncológicos en 1998, a partir del programa MBSR de Jon Kabat-Zinn. La adaptación se llevó a cabo en el Morton Plant Hospital de Clearwater, Florida, por Manolete S. Moscoso (Moscoso *et al.*, 2004). El MBCI tiene una duración de seis semanas y es relativamente comparable al programa MBSR de ocho semanas de Jon Kabat-Zinn. Ofrece entrenamiento en la reducción del estrés crónico, la respuesta de relajación y la modificación de patrones afectivos negativos. Asimismo, busca promover la calidad de vida del paciente con cáncer a través del desarrollo de un estilo de vida saludable (Moscoso, 2010). El MBCI orientado a la investigación científica se inició en el 2003 con apoyo económico de la Fundación Susan G. Komen, teniendo como propósito ayudar a los pacientes con cáncer en la reducción del estrés asociado al diagnóstico de la enfermedad y sus tratamientos respectivos.

A pesar de la evidencia científica acerca de la efectividad de *mindfulness* en la reducción del estrés, ansiedad y depresión de pacientes con cáncer, en el Perú no existen estudios empíricos que lo corroboren. Por esta razón, nuestro interés en llevar a cabo un estudio empírico piloto en esta línea de investigación ha sido prioritario, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad en la ciudad de Arequipa. Nuestra hipótesis de trabajo plantea que el programa MBCI reduce los niveles de estrés percibido y depresión en los pacientes con cáncer de mama del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo y del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur de la ciudad de Arequipa. En este sentido, el objetivo principal de este trabajo es evaluar la factibilidad de este tipo de estudios en el Perú y a la vez examinar el nivel de efectividad del programa MBCI, considerando los niveles de estrés percibido y depresión en pacientes con cáncer de mama de los nosocomios antes mencionados en la ciudad de Arequipa, Perú.

MÉTODO

Participantes

La muestra de la presente investigación estuvo conformada por un total de 26 mujeres que recibían tratamiento para el cáncer de mama en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo (HNCASE) y en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN) de Arequipa. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: sexo femenino;

diagnóstico de cáncer de mama en estadios I, II, y III; rango de edades entre 30 y 80 años, y estar recibiendo tratamiento médico durante el período de estudio. Todas las participantes fueron admitidas en la investigación de manera voluntaria. Las características demográficas de la muestra indican que las edades de las participantes oscilaban entre los 37 a 73 años, con un promedio de edad de 56 años. El 59 % de las pacientes eran casadas, 29 % solteras y 12 % convivientes. Respecto al grado de instrucción, el 41 % tenía educación superior, el 35 % educación secundaria, el 18 % educación primaria y el 6 % reportó educación técnica. Con relación a la ocupación actual de las pacientes, se observó que el 70 % de ellas eran amas de casa, el 6 % artesanas, el 6 % profesoras, el 6 % costureras, el 6 % contadoras y las demás señalaron ser trabajadoras independientes. En referencia al estadio de la enfermedad, el 24 % de las participantes estaban en el estadio I de cáncer de mama, el 64 % presentó un estadio II y el 12 % se encontraba en un estadio III. En cuanto al tipo de tratamiento, las participantes recibían tratamiento médico en la forma de quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y/o mastectomía.

Diseño y procedimiento

Con el propósito de iniciar la recolección de datos, se solicitó autorización escrita al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo (HNCASE) y al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN) para acceder a la muestra respectiva; asimismo, se pidió hacer uso de los ambientes de quimioterapia ambulatoria y radioterapia de ambos hospitales. En el marco de las reuniones de orientación, se invitó a las pacientes a participar en el estudio. Las interesadas en nuestro programa recibieron el consentimiento informado, indicándoles que su participación era de carácter voluntario.

Siguiendo las pautas metodológicas de Hernández, Fernández y Baptista (2010), la presente investigación es de tipo experimental con el modelo de medidas repetidas pretest y postest. Se utilizó el diseño aleatorizado con un grupo experimental y un grupo de control, aplicando el método de asignación aleatoria simple para distribuir a las pacientes entre ambos grupos. Este procedimiento se realizó por medio de un sorteo, en el cual las participantes tenían la opción de obtener un número par o impar. Las que obtuvieron un número par fueron asignadas al grupo experimental, y quienes sacaron un número impar fueron colocadas en el grupo de control. La distribución de grupos aleatorizados, reconocida como el método *gold standard* de muestreo estadístico bajo condiciones razonables, asegura estadísticamente que dos o más grupos de intervención son equivalentes entre sí, con la intención de controlar variables que confabulen en los resultados de la investigación. El muestreo aleatorio para la conformación de los grupos se realizó en cada hospital por separado. Así, 14 participantes formaron el grupo experimental y 12, el grupo de control.

Una vez distribuidos los grupos, se procedió a realizar la evaluación del pretest, que incluye la ficha de datos personales y las pruebas psicométricas. Durante el desarrollo del programa se llevó un registro de asistencia de las pacientes y, una vez culminadas las seis semanas del programa MBI, se procedió a efectuar la evaluación postest a todas las participantes del grupo experimental y de control. Finalmente, se ofreció el programa MBI gratuitamente al grupo de control por razones éticas y de cortesía a su participación voluntaria. Las sesiones formales del estudio se llevaron a cabo durante el período comprendido entre los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2016. Cabe indicar que durante el desarrollo del programa se retiraron cuatro pacientes del grupo experimental y dos pacientes del grupo de control, debido a complicaciones de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos. Asimismo, se perdió contacto con tres pacientes del grupo de control, de manera que la muestra quedó finalmente reducida a 17 participantes (65,38 %), quienes culminaron el programa MBI de seis semanas. La población de pacientes oncológicos es muy frágil; por lo tanto, es común que ocurra este tipo de deserción.

La implementación del programa MBI de seis semanas tuvo como objetivo fomentar en las pacientes el desarrollo de sus habilidades para afrontar el estrés relacionado con el dolor y el diagnóstico de cáncer, pero también se consideró el aprendizaje de habilidades que les ayudaran a mejorar su salud, bienestar personal y calidad de vida. La intervención se llevó a cabo de acuerdo con el manual clínico y sílabo establecido por Manolete Moscoso (Moscoso *et al.*, 2004). Se realizó una sesión por semana con una duración de 2 horas. Asimismo, cada paciente hizo tareas en casa que incluían un mínimo de 30 minutos por día de práctica de *mindfulness* formal y 30 minutos de práctica informal, por 5 días a la semana en toda la duración del curso. En la primera semana, se entregó un CD a las pacientes, el cual contenía la práctica de la meditación sentada, y un cuadernillo con fichas para completar día a día su práctica formal e informal de *mindfulness*. En la segunda semana, se les dio un CD que incluía la práctica del escaneo corporal. En la tercera semana, se les repartió un tríptico de práctica de yoga para pacientes con diagnóstico de cáncer. En la quinta semana, se les proporcionó un CD con la práctica de la meditación de la montaña.

Instrumentos de evaluación

La ficha demográfica. Contiene información básica sobre cada una de las participantes: nombre, fecha de nacimiento, grado de instrucción, estado civil y situación laboral actual. La segunda parte incluye datos médicos, como el diagnóstico, tiempo e inicio de la enfermedad, estadio actual del tumor, pronóstico y complicaciones relacionadas con los tratamientos recibidos.

El Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II, Beck, Steer y Brown, 1996). Es una prueba que consta de 21 reactivos, cuyo propósito es medir la presencia y severidad de la depresión. Está dirigida a adultos y adolescentes, a partir de 13 años de edad en adelante. Presenta cuatro alternativas de respuesta para cada ítem, los cuales evalúan la intensidad de los síntomas. La puntuación total fluctúa entre 0 y 3; a mayor puntuación en el inventario, mayor es la sintomatología depresiva. El contenido de la prueba enfatiza en los componentes cognitivo-afectivos y somáticos de la depresión. El rango de puntuación varía de 0 a 63 puntos. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad de la depresión son los siguientes: de 0 a 13 se encuentra en el rango de depresión mínima, de 14 a 19 está en el rango de depresión leve, de 20 a 28 pertenece a la categoría de depresión moderada y de 29 a 63 corresponde a una depresión severa. En la población peruana, el BDI-II se ha utilizado en las investigaciones epidemiológicas del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Tateishi (2011) analizó la confiabilidad por consistencia interna de este instrumento y obtuvo un alfa de Cronbach de 0,89. En el análisis de la capacidad discriminativa de los ítems a partir de las correlaciones ítem-test, los coeficientes fluctuaron entre 0,26 y 0,75. La confiabilidad por consistencia interna del factor cognitivo-afectivo reporta un alfa de Cronbach de 0,87 con correlaciones ítem-test mayores a 0,29. Para el factor somático, el alfa de Cronbach fue de 0,63 y las correlaciones ítem-test mayores a 0,35.

La Escala de Estrés Percibido. Es un instrumento psicométrico que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes. En su versión 2.0 de 14 ítems fue adaptado al idioma español y tiene una confiabilidad de 0,81 (Roldán y Torres, 2009). La escala obtiene información sobre la percepción de la persona en cuanto a las dificultades de la vida diaria, situaciones de conflicto o fuera de control. Fue elaborada sobre la base de síntomas de estrés de tipo fisiológico, emotivo y cognitivo. La calificación de la escala se realiza a través de una escala Likert de cinco puntos: donde 1 es "nunca", 2 "casi nunca", 3 "de vez en cuando", 4 "frecuentemente", 5 "muy frecuente". Los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 son inversos, por lo que se necesita invertir las puntuaciones en el momento de la calificación. La puntuación máxima que se puede alcanzar en la escala es de 70 puntos y la mínima es de 14 puntos (García, 2012, pp. 41-42). Los rangos de clasificación indican que un puntaje de 14-31 representa un nivel *bajo* de estrés percibido, de 32-52 equivale a un nivel *medio* de estrés percibido y, finalmente, de 53-70 significa un nivel *elevado* de estrés percibido, donde la percepción de aceleraciones fisiológicas, tensión y rigidez muscular en cuello y espalda son muy frecuentes, y se presentan en la mayoría de situaciones adversas. Las personas en este rango registran pensamientos negativos y pesimistas de sí mismos, y de la vida. Sus sensaciones de inseguridad y desconfianza son frecuentes, así como el temor ante las dificultades de la vida diaria, situaciones conflictivas o fuera de control (Roldán y Torres, 2009, p. 33).

El programa de intervención

El programa MBCI se puede describir brevemente de la siguiente manera. La primera semana se dedica a la práctica de enfocar la atención en la respiración, así como al aprendizaje del control y sostenimiento de la atención en la respiración (*mindful breathing*). Durante la segunda sesión, se entrena a los pacientes en el manejo de la exploración corporal guiada y visualización (*body scan*). En la tercera semana, se practica y enfoca la atención en la respuesta de relajación (*relaxation response*), la observación y percepción individual de estresores cotidianos (*appraisal*), así como el aprendizaje de la técnica de *decentering*. La cuarta semana tiene como meta el aprendizaje y toma de conciencia de la activación del nervio vago (*vagus nerve awareness*) a través de la respuesta de relajación. Asimismo, se continúa con la práctica de exploración corporal guiada y las diferentes posturas de yoga (*gentle yoga*) para pacientes con diagnóstico de cáncer. En la quinta sesión, se realiza el aprendizaje sobre los procesos de reevaluación cognitiva (*positive reappraisal*), relacionados con la toma de conciencia de los patrones habituales de pensamientos y emociones negativas experimentados por el paciente. Finalmente, la sexta semana está dirigida a la integración de la práctica de *mindfulness* en el contexto del estrés crónico, incluyendo los principios de aceptación y compasión (Moscoso *et al.*, 2004; Moscoso, 2010).

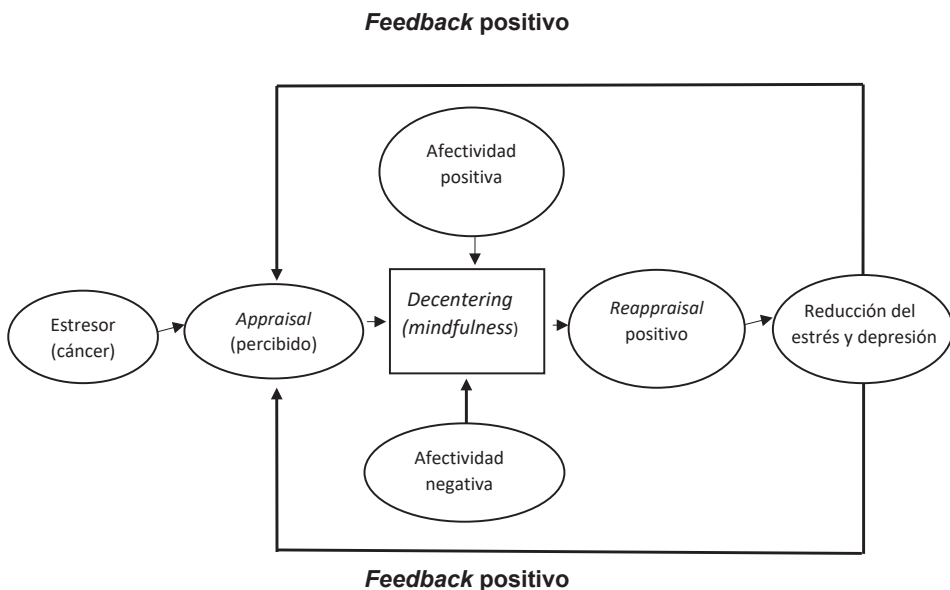


Figura 1. Marco conceptual de la intervención cognitiva basada en el *mindfulness*

Análisis de datos

Una vez culminadas las evaluaciones de las participantes, se procedió a vaciar los datos en el programa estadístico SPSS versión 21. Con el propósito de examinar el efecto del programa de *mindfulness* en el grupo experimental y el grupo de control, se llevaron a cabo los análisis descriptivos para observar las medias, las desviaciones estándar y los porcentajes de las variables de estrés percibido y depresión del pretest y postest. Se utilizó el estadístico t para muestras relacionadas con la intención de observar las diferencias de las medias del estrés percibido y depresión en el pretest y postest de las participantes. En el análisis de los datos se utilizó un *p-value* convencional de .05 para examinar la significancia estadística de la intervención de *mindfulness*. Igualmente, se empleó el método d de Cohen para examinar la magnitud del efecto en los grupos experimental y de control, considerando las variables de estrés percibido y depresión.

RESULTADOS

Los análisis descriptivos de las medias y porcentajes del estrés percibido y depresión obtenidos en el pretest se presentan en la tabla 1. Igualmente, las medias y porcentajes del estrés percibido y depresión observados en el postest se describen en la tabla 2. En la tabla 1, se puede apreciar que el 100 % de las pacientes del grupo experimental evaluadas reportaron un nivel moderado de estrés percibido, mientras que los niveles de depresión fluctuaron entre leve (20 %), moderado (50 %) y severo (30 %) en las evaluaciones de pretest. Asimismo, en el pretest del grupo de control, el 100 % de las pacientes tenían un nivel moderado de estrés percibido. En cuanto a la depresión en este grupo, el 42,9 % de las pacientes manifestaron un nivel de depresión mínimo; el 14,3 %, depresión leve; y el 14,3 %, una depresión moderada; mientras que el 28,6 % de las participantes experimentaron depresión severa. Las medias de estrés percibido observadas en las evaluaciones de pretest son relativamente similares: 41,3 para el grupo experimental y 39,0 para el grupo de control. Las medias de depresión fueron de 27,3 para el grupo experimental y de 18,2 para el grupo de control en estas evaluaciones de pretest.

Tabla 1
Pretest: niveles de estrés percibido y depresión en los grupos de control y experimental

Niveles de estrés percibido (SSP)	Grupo de control M = 39,0		Grupo experimental M = 41,3	
	(N = 7)	Porcentaje	(N = 10)	Porcentaje
Estrés percibido bajo	0	0	0	0
Estrés percibido moderado	7	100 %	10	100 %
Estrés percibido alto	0	0	0	0

SSP = Perceived Stress Scale

(continúa)

(continuación)

Niveles de depresión (BDI-II)	Grupo de control M = 18,2		Grupo experimental M = 27,3	
	(N = 7)	Porcentaje	(N = 10)	Porcentaje
Depresión mínima	3	42,9 %	0	0
Depresión leve	1	14,3 %	2	20,0 %
Depresión moderada	1	14,3 %	5	50,0 %
Depresión severa	2	28,6 %	3	30,0 %

BDI-II = Beck Depression Inventory II

La tabla 2 muestra las evaluaciones de posttest, donde se observa que el 20 % de las pacientes del grupo experimental redujeron sus niveles de estrés percibido, mientras que solo el 14,3 % del grupo de control tuvo una reducción de esta variable. Los resultados de posttest relacionados con la depresión en el grupo experimental indican que el 50 % de las pacientes redujeron sus estados depresivos a niveles mínimos y el 30 % llegó a un nivel leve en la prueba de Beck, pero el 20 % continuó experimentando una depresión severa. En el posttest del grupo de control, se aprecia que el 42,9 % de la muestra reportó una depresión moderada y el 57,1 % indicó la experiencia de una depresión mínima. Los puntajes medios de estrés percibido hallados en el posttest presentan ciertas diferencias: 35,7 en el grupo experimental y 39,0 en el grupo de control. En cuanto a los niveles de depresión, las medias son similares para ambos grupos: 16,3 para el grupo experimental y 16,0 para el grupo de control. Cabe señalar que el grupo experimental tuvo una reducción de 11 puntos en la prueba de Beck, en comparación con las evaluaciones de pretest; en cambio, el grupo de control logró disminuir únicamente 2,2 puntos (véase la tabla 1).

Tabla 2

Posttest: niveles de estrés percibido y depresión de los grupos de control y experimental

Niveles de estrés percibido (SSP)	Grupo de control M = 39,0		Grupo experimental M = 35,7	
	(N = 7)	Porcentaje	(N = 10)	Porcentaje
Estrés percibido bajo	1	14,3 %	2	20 %
Estrés percibido moderado	6	85,7 %	8	80 %
Estrés percibido alto	0	0	0	0

SSP = Perceived Stress Scale

(continúa)

(continuación)

Niveles de depresión (BDI-II)	Grupo de control M = 16,0		Grupo experimental M = 16,3	
	(N = 7)	Porcentaje	(N = 10)	Porcentaje
Depresión mínima	4	57,1 %	5	50 %
Depresión leve	0	0	3	30 %
Depresión moderada	3	42,9 %	0	0
Depresión severa	0	0	2	20 %

BDI-II = Beck Depression Inventory II

Los resultados acerca del nivel de significancia estadística relacionados con las dos variables psicológicas (estrés percibido y depresión) se presentan en la tabla 3. Como se puede apreciar, en primer lugar, el grupo experimental tuvo una reducción significativa del estrés percibido ($p = .01$), con base en el valor estadístico $t = 2,87$ y el intervalo de confianza de 95 % (IC), 1,18-10,01. De igual manera, se observa una reducción significativa de la depresión ($p = .01$), en función del valor estadístico $t = 3,01$ y del intervalo de confianza de 95 % (IC), 2,71-19,08 en el grupo experimental. El programa MBCI muestra una magnitud del efecto que es superior al del grupo de control, tanto para el estrés percibido como para la depresión. De acuerdo con el análisis del método d de Cohen, se observa un efecto relativamente grande en el caso del estrés percibido ($d = 1,1$), al igual que en los niveles de depresión ($d = 0,90$).

Tabla 3
Efectos del programa de intervención cognitiva basada en mindfulness: grupo experimental

Media	Diferencias relacionadas de pretest y postest				t	p-value
	Media	Desviación estándar	95 % de intervalo de confianza para la diferencia			
			Inferior	Superior		
Estrés percibido	5,60	6,16	1,18	10,01	2,87	0,018
Depresión	11,00	11,44	2,71	19,08	3,01	0,015

$p < .05$

La tabla 4 muestra los resultados obtenidos en función de las diferencias de las medias, desviaciones estándar e intervalos de confianza al 95 % del pretest y postest del grupo de control, así como también los valores t y nivel de significancia (p) tanto para el constructo de estrés percibido como para la depresión.

Tabla 4
Efectos del programa de intervención cognitiva basada en *mindfulness*: grupo de control

Media	Diferencias relacionadas de pretest y postest				t	p-value
	Media	Desviación estándar	95 % de intervalo de confianza para la diferencia			
			Inferior	Superior		
Estrés percibido	0,00	3,78	-3,50	-0,50	0,00	1,00
Depresión	2,21	8,90	5,94	1,51	0,67	0,52

p < .05

De acuerdo a la tabla anterior para la pre y posprueba del grupo experimental, en la variable estrés percibido el valor de t = 2,871 y su significancia es de .018, además nos da el intervalo de confianza.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Por tratarse de la primera vez que se lleva a cabo un programa de intervención de esta naturaleza en el Perú, el propósito principal del presente estudio fue observar el nivel de factibilidad de su ejecución en pacientes oncológicos. Es de conocimiento general que las restricciones administrativas, recolección de datos, financiamiento, disponibilidad y aceptación de las pacientes con diagnóstico de cáncer son barreras que limitan el avance de la investigación científica intervencional en nuestro país. En este sentido, el objetivo central se logró al llevar a cabo las evaluaciones y análisis estadísticos sobre la base de un 65,38 % de adherencia de las participantes al protocolo clínico del programa. A pesar del éxito inicial observado, el estudio debe ser considerado esencialmente de carácter exploratorio, en la forma de un plan piloto, con la noción de evaluar las posibilidades de continuar esta línea de investigación psicológica en el futuro.

De igual manera, se tuvo como interés examinar el nivel de significancia estadística y la magnitud del efecto del programa de *mindfulness* (MBCI) en pacientes con cáncer de mama en la región de Arequipa. Específicamente, este propósito estuvo centrado en observar el posible impacto de este modelo particular de intervención cognitiva en la reducción del estrés percibido y de la depresión. Podemos concluir que los resultados de la presente investigación, según el nivel de significancia estadística (*p-value*) y la magnitud del efecto (d de Cohen), confirman la hipótesis inicialmente planteada: el programa de *mindfulness* (MBCI) reduce los niveles de estrés percibido y de depresión

en pacientes con cáncer de mama. Estos resultados preliminares observados en la presente muestra peruana coinciden con los hallazgos de Speca *et al.* (2000) en Estados Unidos de América, quienes reportaron una reducción del estrés del 31 %. De la misma manera, comprueban que la utilización de este tipo de programas de intervención basados en *mindfulness* son favorables para disminuir la depresión en pacientes con cáncer. Esto corrobora los resultados de otros estudios llevados a cabo con este mismo tipo de pacientes (Lengacher *et al.*, 2009). Es decir, con respecto al grupo de control, las pacientes asignadas al programa de *mindfulness* (MBCI) de nuestro estudio alcanzaron niveles significativamente más bajos de depresión después de su participación en el programa de seis semanas de duración.

La presente investigación fue llevada a cabo con base en un riguroso diseño metodológico, con un muestreo aleatorizado que es considerado el modelo *gold standard* para estudios de intervención psicológica en investigación científica. Con ella se demuestra que este tipo de investigaciones son factibles en nuestro país, a pesar de las barreras logísticas y de apoyo financiero. Sin embargo, cabe indicar que los resultados reportados en esta investigación presentan limitaciones en términos del tamaño de la muestra ($n = 26$). En todo caso, esta limitación es razonable y está justificada por el hecho de ser un estudio piloto y de naturaleza exploratoria. Sugerimos que la planificación de futuros estudios de intervención basada en *mindfulness* tome en cuenta una muestra más amplia con la intención de controlar la posibilidad de errores de tipo I. De la misma manera, sería recomendable aplicar este tipo de investigaciones de intervención basada en la práctica de *mindfulness* a otras formas de cáncer, así como también a otro tipo de poblaciones con diferentes trastornos psicológicos.

REFERENCIAS

- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (1996) *Inventario de Depresión de Beck II, segunda edición*. Buenos Aires: Paidós.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 71-83.
- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., y Faris, P. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, Behavior and Immunology*, 21, 1038-1049.
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras. Aspectos terapéuticos*. Madrid: Panamericana.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., y Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.

- García, P. (2012). *Técnica de liberación emocional sobre el estrés percibido en pacientes con diabetes mellitus tipo II* (tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María.
- Garland, E. L., Gaylord, S. A., y Fredrickson, B. L. (2011). Positive appraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: an upward spiral process. *Mindfulness*, 2, 59-67.
- Hernández, G. A., Bernardello, E. T., Aristodemo, J., y Barros, A. C. (2007). *Cáncer de mama*. Caracas: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D. F.: McGraw-Hill.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazo, A. (2015). *Dinámica familiar y depresión en pacientes oncológicos con quimioterapia del IREN* (tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María.
- Lengacher, C. A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M. S., Jacobsen, P. B., Klein, T., et al. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1261-1272. <https://doi.org/10.1002/pon.1529>
- Lengacher, C. A., Kip, K. E., Barta, M., Post-White, J., Jacobsen, P. B., Groer, M., et al. (2012). A pilot study evaluating the effect of mindfulness-based stress reduction on psychological status, physical status, salivary cortisol, and interleukin-6 among advanced-stage cancer patients and their caregivers. *Journal of Holistic Nursing*, 30(3), 170-185.
- Lengacher, C. A., Shelton, M. M., Reich, R. R., Barta, M. K., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M., et al. (2014). Mindfulness based stress reduction (MBSR(BC)) in breast cancer: evaluating fear of recurrence (FOR) as a mediator of psychological and physical symptoms in a randomized control trial (RCT). *Journal of Behavioral Medicine*, 37, 185-195. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-012-9473-6>
- Mañas, I. (2009). *Mindfulness* (atención plena): la meditación en psicología clínica. *Gaceta de Psicología*, 50, 13-29.
- Ministerio de Salud. (2013). *Análisis de la situación de cáncer en el Perú*. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
- Molina, T. (2009). Psiconeuroinmunoendocrinología. *MedULA*, 18, 155-164.
- Moscoso, M. S. (2009). De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoología. *Liberabit*, 15(2), 143-152.

- Moscoso, M. S. (2010). El estrés crónico y la terapia cognitiva centrada en *mindfulness*: una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. *Persona*, 13, 11-29.
- Moscoso, M. S. (2014). El estudio científico del estrés crónico en neurociencias y psicooncología. *Persona*, 17, 53-70.
- Moscoso, M. S., y Lengacher, C. A. (2015). Mecanismos neurocognitivos de la terapia basada en *mindfulness*. *Liberabit*, 21(2), 221-233.
- Moscoso, M. S., Lengacher, C. A., y Reheiser, E. C. (2012). The assessment of the perceived emotional distress: the neglected side of cancer care. *Journal of Psicooncologia*, 9, 277-288.
- Moscoso, M. S., Reheiser, E. C., y Hann, D. (2004). Effects of a brief mindfulness-based stress reduction intervention on cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13(1), S12.
- Rivera, P., y Vásquez, N. (2013). *Percepción de imagen corporal y sentido de vida en mujeres con tratamiento quirúrgico por cáncer de mama* (tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María.
- Roldán, K., y Torres, C. (2009). *Programa de autoconocimiento para reducir los niveles de estrés percibido* (tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María.
- Sánchez, T. (2015). Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles del Psicólogo*, 36(1). Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es>
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., y Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- Stahl, B., y Goldstein, E. (2010). *Mindfulness para reducir el estrés. Una guía práctica*. Barcelona: Kairós.
- Tacón, A. M., Caldera, Y. M., y Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer. *Families, Systems, & Health*, 22(2), 193-203. <http://dx.doi.org/10.1037/1091-7527.22.2.193>
- Tateishi, V. (2011). *Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V., Soulsby, J., y Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.

SIGNIFICADOS DEL CUERPO Y LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LOS ESTILOS DE VIDA MODERNOS

DANIA ORALIA AGUILAR MARTÍNEZ
Universidad Autónoma de la Ciudad de México

Recibido: 10 de enero del 2020 / Aceptado: 2 de abril del 2020

doi: 10.26439/persona2020.n023(1).4833

Resumen. Se exploran las representaciones sociales del cuerpo y la salud utilizando redes semánticas y un cuestionario semiestructurado en estudiantes universitarios de nivel socioeconómico bajo. La alimentación, el ejercicio, la higiene y la atención médica son los elementos más importantes de la representación de la salud. Los significados del cuerpo se asocian con estereotipos de género, lo que repercute en el cuidado de la salud. Destaca la importancia de reconocer los atributos, habilidades y manifestación del cuerpo como características humanas, así como el carácter intrínsecamente social del cuerpo y la salud, y no reducirlo al ámbito individual y físico.

Palabras clave: cuerpo / salud / género / jóvenes / representación social

MEANINGS OF BODY AND HEALTH IN THE CONTEXT OF MODERN LIFESTYLES

Abstract. Social representations of body and health were explored among university students of low socioeconomic status using semantic networks and a semi-structured questionnaire. Diet, exercise, hygiene and medical care are the most important elements representing health. The meanings of the body are associated with gender stereotypes, which have an impact on health care. This research highlights the importance of recognizing the attributes, abilities and manifestations of the body as human characteristics, as well as the intrinsically social nature of the body and health, not limiting them to an individual and physical scope

Keywords: body / health / gender / youngster / social representation

Correo electrónico: dania.aguilar@uacm.edu.mx

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida actuales implican una cierta idea del cuerpo acorde con los valores y principios de la sociedad moderna. Un cuerpo que también nos alerta frente a los problemas de salud. Es evidente el incremento de enfermedades como la diabetes (segunda causa de mortalidad en México después de las enfermedades cardiovasculares), la obesidad (México ocupa el segundo lugar a nivel mundial) y otras asociadas a los hábitos de alimentación, que se presentan no solo en adultos, sino a edades cada vez más tempranas; así como las problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

Tomando en cuenta la relevancia que ha adquirido el cuerpo en el mundo actual, los significados que se le atribuyen nos hablan de las ideas, creencias, emociones, valores y prácticas compartidas socialmente, y que abarcan aspectos tanto individuales (en un sentido físico, mental y emocional) como sociales (en términos del lugar que ocupan las personas y de las diversas actividades que desempeñan en la sociedad), así como el peso que tiene la influencia de un gran número de mensajes y estereotipos que impactan en la manera como las personas conciben y valoran su cuerpo y orientan sus acciones. De manera particular resulta relevante comprender los significados que los jóvenes atribuyen al cuerpo, como fenómeno social característico de las sociedades modernas.

Desde una perspectiva psicosocial, estudiar las representaciones sociales del cuerpo que construyen los jóvenes significa aproximarse a la complejidad de los procesos vinculados a las problemáticas de salud: no solo a los factores inmediatos que subyacen a ellas, sino además a la relevancia de los significados que estos atribuyen al cuerpo y que inciden de manera cotidiana en sus condiciones de salud. Reconocer que el cuerpo está cargado de significados que son construidos socialmente permite conocer los modos de pensar, de actuar y de sentir que corresponden a los estilos de vida en la sociedad actual, que indican la importancia de los procesos socioculturales considerados fundamentales en la construcción psicosocial del sujeto y que descansan en determinadas concepciones de lo humano surgidas en los contextos socioculturales donde se han construido.

El cuerpo como construcción sociocultural en la sociedad moderna

Como construcción social configurada por el contexto sociocultural, el cuerpo constituye un objeto simbólico y de representación, por medio del cual construimos nuestra relación con el mundo. “Nos referimos al cuerpo como ese espacio complejo en el que se cruzan procesos vitales con figuras del pensamiento, a partir del cual el propio cuerpo humano se ve transformado por las diversas modalidades que adopta” (Muñiz, 2007, p. 67). Al ser constitutivo de nuestra condición humana, el cuerpo no solo alude a las características físicas y procesos fisiológicos propios de nuestra especie, sino que está cargado de

significados construidos socialmente que nos indican el peso de los procesos de socialización que son fundamentales en la conformación psicosocial del sujeto. Es decir, las personas viven y se vinculan desde sus contextos socioculturales, elaboran sus identidades y construyen su entorno también a partir de sus manifestaciones corporales, en las que el cuerpo es reconocido como fundamental en el ámbito social y cultural.

Podría decirse que el cuerpo contemporáneo ha sido desacralizado por los logros en muchos campos de la medicina y sometido a experimentaciones, pero también el cuerpo es el resultado de la revolución sexual y de los movimientos sociales, surgidos sobre todo en la segunda mitad del siglo pasado, que han cuestionado el papel de la mujer, la moral cristiana y han reivindicado el ejercicio de sus derechos en diversos ámbitos de la sociedad. En contraste, a finales del siglo xx, en el contexto de la crisis de la sociedad moderna, se manifiesta un cambio en los estilos de vida familiares, laborales y educativos, que implica también un cambio en los valores, filosofías de vida y en las formas de relacionarse que adoptan las personas con respecto a sus hábitos de consumo y de entretenimiento, entre otros. Este cambio pone en evidencia la incertidumbre, lo efímero y el vacío que caracteriza a la sociedad moderna en los entornos urbanos y que muestra el hiperindividualismo, el hedonismo, el pragmatismo y la seducción de los objetos de consumo como parte de lo que define la condición humana actual (Lipovetsky, 2002). En concordancia, el cuerpo es también estereotipado en las imágenes a través de la televisión, la publicidad y otros medios de comunicación empeñados en resaltar una perfección obsesiva, e impulsado por una sociedad de consumo en la que participan industrias de diversidad de productos, gimnasios, moda, dietas, deporte, cirugía estética, ejercicio y otras tantas actividades que indican un interés cada vez mayor por el cuerpo. Este interés se ha ido manifestando de manera masiva y actualmente refleja una visión caracterizada por la búsqueda del bienestar personal a través del bienestar del cuerpo (Le Breton, 2010).

En cuestiones de salud, muchos debates éticos se han dado en torno al tratamiento de diversas enfermedades, las terapias que llegan a ser muy agresivas en su afán de curar, la eutanasia, la gestación subrogada, la manipulación genética, incluso respecto a la calidad de la atención médica en los servicios de salud, los cuales reflejan la prevalencia de una concepción del ser humano como "máquina humana" que se resiste a ver al cuerpo de manera integral. Esta concepción es propia de las sociedades occidentales modernas, que adoptaron el modelo cartesiano de relaciones mente-cuerpo, cultura-naturaleza, característico del paradigma científico moderno, por lo que se dio "poca atención a la producción social de los cuerpos, así como a la experiencia subjetiva de la relación con el propio cuerpo o el cuerpo del otro" (González, 2008, p. 17). La idea del cuerpo visto como objeto natural lo mantuvo ajeno al sujeto y pasó a un segundo plano convirtiéndose en objeto en sus funciones prácticas, las cuales no se cuestionan por ser consideradas naturales e inherentes a la persona.

Otro aspecto de la salud en términos sociales reside en el incremento de la tasa de enfermedades como diabetes, padecimientos cardiovasculares y obesidad registrado en México en los últimos años, así como de las enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva, que ponen en evidencia los retos a los que nos enfrentamos como sociedad en términos de educación para la salud. Más aún, el contexto actual de la pandemia de la covid-19 nos plantea el reto de formas de convivencia que nos llevan a reflexionar acerca de los estilos de vida modernos y la percepción de riesgos, que sin duda implica nuestra corporalidad e interacciones en la vida cotidiana.

Este estado de cosas coloca en la discusión la necesidad de abordar el cuerpo y la salud no únicamente con relación a la prevención y atención de enfermedades, sino en un sentido más amplio desde las ideas, pensamientos, conocimientos, sentimientos, valoraciones y prácticas, a partir de las cuales las personas les atribuyen una serie de significados, materia de interés de la psicología social.

Género y salud

En el cuerpo confluyen ideas, valores, roles, sentimientos y expectativas que definen a las personas como seres social y culturalmente contruidos desde lo masculino y lo femenino, a partir de la diferencia sexual, lo cual repercute en las prácticas desde las asimetrías de poder que impactan en todos los ámbitos de la vida cotidiana, incluida la salud. En este sentido, se habla de un sistema de sexo/género (Rubin, 1996) que regula y orienta las relaciones entre hombres y mujeres a partir de las diferencias que, en el marco de los contextos socioculturales de nuestra sociedad, atribuyen a las características físicas y funciones fisiológicas una serie de usos y prácticas distintas para hombres y mujeres. Este hecho implica la adjudicación de roles y estereotipos socialmente aceptados que trascienden en todos los ámbitos de la vida de las personas:

Los cuerpos masculino y femenino adquieren diferente categoría, el cuerpo femenino se convierte en una metáfora al representar la naturaleza, la emocionalidad, la irracionalidad y la sensualidad. Las imágenes del cuerpo femenino apetitoso, frágil, guiado por sus emociones, contrastan con el cuerpo masculino concebido como el lugar de la racionalidad y el autocontrol, eje de la idea de superioridad masculina y centro del poder social. (Muñiz, 2007, p. 70)

Las funciones que históricamente se han asignado a las mujeres, vinculadas a la reproducción (engendrar, parir, amamantar), y un papel sociosexual en función del otro han llevado a considerar como natural que ellas deban hacerse cargo del cuidado del otro. Esto rebasa el hecho biológico y ha propiciado la naturalización de las conductas, emociones, prácticas e ideas diferenciadas, vistas como propias de las mujeres, lo cual favorece que se asigne como su ámbito de acción el espacio privado y que su aspecto físico adquiera mayor importancia al tener que ser atractiva y potencialmente reproductiva. En

cuanto a las funciones atribuidas a los varones, más vinculadas al ámbito público, hacen referencia a las destrezas físicas, la fortaleza corporal, la valentía y el deber de responder en términos de un buen desempeño para el trabajo y otras actividades asimiladas a la masculinidad, hasta convertirse en la base de los estereotipos que acarrearán desigualdades entre ambos sexos. Este hecho, además, otorga una mayor valoración y estatus a las actividades consideradas masculinas respecto de las femeninas (Bustos, 2001). Cabe aclarar que las diferencias anatómicas y fisiológicas existentes entre mujeres y hombres no son el origen de las desigualdades, sino las regulaciones sociales que se caracterizan por el ejercicio del control y el poder, que marcan la pauta de dichas desigualdades entre los sexos. Estas impactan en las conductas, los valores, las prácticas y los significados que se asignan al cuerpo y que derivan en estereotipos, limitaciones e inequidades que afectan el pleno desarrollo físico, psicológico y social de las personas.

Los roles de género, entendidos como el conjunto de prescripciones socioculturales sobre lo que es considerado masculino y femenino, no solo orientan las prácticas, sino que constituyen un componente importante en la construcción de las identidades femeninas y masculinas que, a través de los procesos de socialización, lleva a la generación de estereotipos. Estos "se refieren al conjunto de creencias, pensamientos o representaciones acerca de lo que significa ser hombre o mujer, incidiendo en esferas tales como apariencia física, rasgos psicológicos, relaciones sociales, formas de pensar" (Bustos, 2011a, p. 209). En este sentido, se reconoce que un factor determinante de la salud son precisamente los estereotipos de género, tan arraigados en la sociedad, que se producen y reproducen socialmente, y que exaltan aspectos como la belleza física, la fuerza, la energía, entre otros atributos, los cuales contribuyen a hacer del "cuerpo joven" la característica de las sociedades modernas, colocándolo incluso como referente de las etapas posteriores de la vida.

Uno de los aspectos donde se aprecia el impacto de los estereotipos es en la relevancia que ha adquirido el cuerpo en los últimos años, la cual muestra que la experiencia de la interacción social está cada vez más condicionada por la imagen del cuerpo, atravesado por el género, en los modos de pensar, sentir y actuar de las mujeres y los hombres. Los estereotipos inciden en los significados que el cuerpo adquiere y la manera como se construyen las identidades y subjetividades de las personas. En estudios que abordan su repercusión en la manera como se construye la imagen corporal y su relación con problemas de salud, como los trastornos alimentarios, se ha encontrado que las imágenes que se difunden a través de los medios de comunicación no solo son un ideal respecto a la apariencia física, sino que conllevan valores, reconocimientos, emociones y sentimientos vinculados al aspecto físico. De tal manera que si el aspecto físico no coincide con el patrón o estereotipo esperado, se genera insatisfacción respecto de la propia imagen corporal, lo que conduce a la búsqueda de opciones para corresponder con dicho estereotipo (Bustos, 2011a, 2011b; Davis, 2007).

Los estereotipos de género relacionados con las prácticas de salud también se reflejan, por ejemplo, en el hecho de que en México solamente 3 de cada 10 hombres mayores de 40 años consideren necesario acudir al servicio médico para atenderse o para algún diagnóstico temprano (Cruz, 2014), o los datos que indican que cada año mueren 100 000 mujeres en nuestro país por enfermedades cardiovasculares vinculadas a riesgos de salud, como sobrepeso y obesidad, diabetes, anemia, preeclampsia, tabaquismo, depresión y ansiedad, entre otros (Cruz, 2105).

Más aún, se ha señalado que no es solo la salud física la que se identifica a través de un cuerpo cuidado y cultivado, sino incluso la salud mental asume indicadores estéticos (González, 2008). Por ejemplo, en un estudio realizado por Bustos (2011b), se encontró que el 68 % de las mujeres que siguen dietas restrictivas no lo hacen para cuidar su salud, sino por su imagen corporal, ya que las personas delgadas, sobre todo las mujeres, se perciben como guapas, exitosas, felices, con prestigio y poder. Este estado de cosas nos alerta sobre la necesidad de abordar tales problemáticas no únicamente por sus consecuencias en la salud, sino desde una perspectiva más amplia, ya que lo que las personas piensan, conocen, sienten, valoran y hacen indica las representaciones sociales que construyen respecto al cuerpo y la salud.

El cuerpo y la salud desde las representaciones sociales

La teoría de las representaciones sociales propuesta por Serge Moscovici en 1961 estudia los modos en que las personas explican y dan sentido a la realidad cotidiana como formas de conocimiento social compartido y construido desde sus contextos socioculturales. Las representaciones sociales contribuyen a la comprensión de los significados que las personas construyen respecto del cuerpo y la salud, los cuales forman parte de su vida cotidiana y orientan muchas de sus decisiones. Es decir, las representaciones sociales se ocupan del estudio de los modos de conocimiento y de los procesos simbólicos en relación con las acciones y manifestaciones concretas (Wagner y Hayes, 2011), que en este caso se refieren al cuerpo y la salud.

El concepto de representación social concierne a la manera como aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro ambiente, las informaciones que en él circulan, las personas de nuestro entorno próximo o lejano; esto es, se refiere al conocimiento del sentido común (Moscovici y Hewstone, 1986). Este conocimiento se construye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que aprendemos y transmitimos a través de la tradición, la educación y las diversas formas de comunicación. Por tanto, se trata de un conocimiento socialmente elaborado y compartido con el que las personas intentan dominar su entorno, comprender y explicar los hechos e ideas de su universo de vida, actuar sobre y con otras personas, situarse respecto de ellas, responder a las

preguntas que le plantea el mundo, etcétera. Al participar en la construcción social de nuestra realidad, estamos ante un conocimiento práctico que da sentido, dentro de un incesante movimiento social, a acontecimientos y actos que terminan por sernos habituales y que forjan las evidencias de nuestra realidad.

En este sentido, el cuerpo se ha estudiado desde los procesos sociales y los contextos específicos que van configurando las distintas maneras de construirlo, mirarlo y relacionarse. Para Jodelet (1984), el sentimiento personal que se tiene hacia el cuerpo es lo que lo hace un punto de referencia para las personas en sus vidas, ya que son las normas sociales y las demandas culturales lo que regula la experiencia que se tiene con el cuerpo, como es el caso del deseo y el dolor, dos ámbitos profundamente personales. En este sentido, el cuerpo:

Es el objeto de la experiencia inmediata, el lugar donde se inscribe la subjetividad, donde los afectos y las inversiones psicológicas se proyectan. Por otra parte, es el objeto de un tipo de pensamiento social regulado por prescripciones acerca de cómo mantener y presentarse [...] en la escena social. Por lo tanto, el cuerpo constituye un área privilegiada para estudiar la interacción de los procesos individuales y colectivos en la elaboración de las representaciones sociales. (Jodelet, Ohana, Bessis-Monino y Dannenmüller, 1982, citado por Wagner y Hayes, 2011, p. 106)

En las discusiones actuales sobre los significados de la corporalidad, se reconoce que los usos, prácticas y discursos sobre el cuerpo comunican tanto sensaciones físicas como significados socioculturales. Es decir, lo que las personas hacen o no desde lo corporal puede comunicar las especificidades de cada cultura y, simultáneamente, lo que es común a la condición humana. Si bien el cuerpo puede abordarse como un espacio individual y material, no puede aislarse sin tomar en cuenta la diversidad de características y contextos sociales. Por ello debe tenerse en cuenta que las percepciones, experiencias y construcciones del cuerpo nos hablan de este incluso como un sitio particular de poder y control social y político, como lo señaló Michel Foucault (2009, 1993, 1979) a lo largo de su obra.

El cuerpo colocado como lugar emblemático de la individualidad es, además, el receptor de las normatividades y regulaciones socioculturales de género, clase, edad, etnia, dejando entrever una multiplicidad de dimensiones y significados. Como señala Jodelet (1984), el cuerpo aparece, por un lado, como mediador social del puesto de la persona en la sociedad y, por otro, como mediador del conocimiento de sí mismo y de otros; es decir, la representación que se forma la persona de sí misma en el aspecto físico, mental y emocional está relacionada con la percepción del propio cuerpo. Asimismo, considera que estudiar el cuerpo desde la perspectiva de las representaciones sociales contribuye al estudio de las formas colectivas de ver y experimentar el cuerpo y los comportamientos relacionados, por lo que plantea que dicha teoría puede contribuir a la comprensión del cuerpo más allá de la dimensión psicológica individual,

aportando conocimientos con la recuperación del cuerpo como construcción social en diversos campos, como el de la salud.

El cuerpo y la salud cobran importancia porque son parte de la vida cotidiana de las personas. Nos hablan de las condiciones sociales en las que estas viven, de sus formas de pensar y reproducir los significados que tienen, lo que los hace un objeto psicosocial. En este sentido, “la teoría de las representaciones sociales intenta establecer precisamente ese vínculo entre la sociedad y la mentalidad individual” (Wagner y Hayes, 2011, p. 15). Así, las prácticas que se van arraigando en la vida cotidiana ponen en evidencia un modelo que opera no solo como referente de las condiciones de salud, sino como significados y representaciones que se articulan en la subjetividad y la identidad de las personas. Los cuerpos que no se ajustan a tales expectativas llegan a ser considerados como indicadores de crisis profundas en la estructura social, es decir, el cuerpo como síntoma de desviación, no solo en el sentido de la falta o descuido en la salud, sino como reflejo de los valores éticos y estéticos socialmente aceptados (González, 2008).

Dado que las representaciones sociales no solo inciden en la manera de entender la realidad, sino también en su construcción efectiva, desempeñan un papel importante en la comunicación social y en la producción de significados, así como en la conformación de las identidades personales y sociales, y en la expresión y configuración de los grupos. En otras palabras, estar con personas que ven el mundo como lo vemos nosotros no solo permite establecer relaciones más relajadas, cercanas y satisfactorias, sino que proporciona mayor confianza respecto a la validez de los criterios propios y de la bondad de nuestra forma de ser. En cuanto a las relaciones intergrupales o de sectores de la sociedad, como es el caso de las mujeres y los hombres, la imagen que se forman los grupos respecto de los otros orienta las relaciones que se establecen entre ambos. Como señala Ibáñez (1988), la identidad de un grupo o sector social no puede definirse si no es por su diferencia con otros grupos; tanto las personas como los grupos se ubican en el campo social construyendo identidades que son gratificantes, compatibles con los sistemas de normas y valores sociales. En este sentido, las representaciones sociales desempeñan “un papel importante en el control social ejercido por la colectividad sobre cada uno de sus miembros, en particular en los procesos de socialización” (Abric, 2001, p. 16), como ocurre en las representaciones sociales de lo femenino y lo masculino, la salud y la enfermedad, en grupos específicos de población.

Finalmente, las representaciones sociales también ayudan a conseguir que las personas acepten la realidad social instituida, haciendo que se integren de manera satisfactoria en la condición social que supuestamente les corresponde en función de criterios sociales como los roles y estereotipos de género. Al igual que las ideologías, aunque de forma mucho más concreta, las representaciones sociales contribuyen tanto a la legitimación y fundación del orden social como al cambio y la transformación. En este sentido,

la perspectiva de género “como un sistema ideológico cuyos distintos procesos orientan el modelaje de la representación social diferenciada de los sexos, determinando formas específicas de conducta asignadas en función del sexo biológico” (Flores, 2001, p. 7), contribuye a explicar las diferencias socialmente elaboradas y asignadas a las mujeres y hombres como un proceso de construcción social, por lo que se reconoce su importancia en el estudio de las representaciones sociales.

Se plantea que este sistema, “en tanto que normativiza la diferencia de roles entre los sexos, no puede existir separado de las prácticas sociales que ambos sexos reproducen” (Flores, 2001, p. 6). Sin embargo, “no se trata de negar la existencia de diferencias entre los sexos, sino de cuestionar su origen y construcción cultural” (Flores, 2001, p. 19). En este caso, indagar las representaciones sociales del cuerpo requiere revisar la construcción de género en la formación de los estereotipos vinculados a él.

El estado de la salud que se registra en las últimas décadas en México demanda no solo investigaciones dentro del ámbito médico, sino también estudios que contribuyan a identificar las maneras en que se conciben el cuerpo y la salud en la sociedad actual. Es decir, implica colocar a la persona antes que a la enfermedad y aproximarse a los significados y representaciones sociales que se construyen a este respecto. En este sentido, además de considerar a todos los sectores de población, de manera específica es necesario atender a aquellos en los que la prevención y el aprendizaje de hábitos saludables a temprana edad resultan significativos para lograr mejores condiciones de salud a lo largo de su vida, como es el caso de los jóvenes. Es ampliamente conocido que muchas enfermedades crónicas de la edad adulta, como diabetes, hipertensión o afecciones cardíacas, tienen su antecedente en etapas tempranas porque se relacionan con hábitos y prácticas que las favorecen. Incluso en años recientes se ha observado el desarrollo de padecimientos crónico-degenerativos a edades cada vez más prematuras (INSP, 2012; Imjuventud, 2010).

A partir de lo expuesto, resulta necesario conocer los significados que se atribuyen al cuerpo y la salud desde los contextos en que se desenvuelven los jóvenes, en este caso, aquellos que se ubican en entornos urbanos de pobreza, falta de servicios y espacios para su pleno desarrollo físico y psicoemocional. Para ello se realizó un estudio cualitativo cuyo objetivo fue conocer las representaciones sociales de jóvenes universitarios de ambos sexos y escasos recursos acerca del cuerpo y la salud, e identificar las características e implicaciones de dichas representaciones sociales desde una perspectiva de género. Este estudio forma parte de una investigación más extensa (Aguilar, 2015), por lo que se reporta solo lo referido al cuerpo y la salud.

MÉTODO

Participantes

Los participantes fueron en total 102 jóvenes (55 mujeres y 47 hombres), con edades de 18 a 29 años, estudiantes de licenciatura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), del plantel San Lorenzo Tezonco, el cual atiende a casi la mitad de estudiantes de dicha universidad. La UACM es una institución pública de educación superior cuyo perfil de estudiantes, en su mayoría, se ubican en los niveles de media y alta marginación socioeconómica. La mayoría de los participantes (87 %) viven en colonias y barrios con niveles de marginalidad alta y muy alta¹ de la Ciudad de México, además de un 6 % que proviene de varios municipios conurbados² con niveles también de marginalidad alta y muy alta. El promedio de edad fue de 21,8 años en las mujeres y de 23,6 años en los hombres.

Instrumentos

Se usó la técnica de asociaciones libres que incluyó la utilización de dos instrumentos. Uno, referido a redes semánticas naturales (Valdez, 1998), que consistió en una lista que exploró cinco conceptos: mi cuerpo, salud, cuerpo sano, cuerpo enfermo y autocuidado; y un cuestionario semiestructurado que abordó aspectos relativos a las prácticas de autocuidado que realizan los jóvenes en su vida cotidiana, la percepción del propio cuerpo, así como frases incompletas referidas a los gustos, sentimientos, valoraciones y los aspectos que consideran más relevantes respecto al cuerpo y la salud.

Procedimiento

La aplicación se realizó en el salón de clase de los grupos participantes, conformados por estudiantes de ambos sexos, a quienes previamente se les solicitó su participación voluntaria y se les dieron las instrucciones correspondientes. Posteriormente, se proporcionó a cada estudiante los instrumentos mencionados con la indicación de no abrirlos hasta que se les diera el aviso. Primero, se les pidió llenar la hoja de datos generales y luego responder uno por uno los conceptos estímulo del formulario de redes semánticas, según las instrucciones explicadas. Una vez concluida esta parte, se les dijo que respondieran el cuestionario semiestructurado. Al término de la aplicación se recogieron los instrumentos y se agradeció su participación.

1 De acuerdo con el índice de marginación de la Ciudad de México del Sistema de Información del Desarrollo Social (SIDESO), Secretaría de Desarrollo Social del GDF (www.sideso.df.gob.mx/index.php?id=35).

2 Municipios: Nezahualcóyotl, Los Reyes La Paz, Ixtapaluca y Valle de Chalco Solidaridad.

RESULTADOS

Se encontró una gran riqueza semántica en los cinco conceptos revisados, esto es, el total de palabras definidoras para cada concepto, la cual resulta mayor entre las mujeres en gran parte de los conceptos, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1
Riqueza semántica de los conceptos

Concepto	Riqueza semántica	
	Mujeres	Hombres
Mi cuerpo	230	206
Salud	207	223
Cuerpo sano	235	195
Cuerpo enfermo	248	210
Autocuidado	267	219

En términos generales, los significados atribuidos al cuerpo son valorados de manera positiva. Se reconocen en principio algunas partes del cuerpo como *ojos, manos, cabeza, salud, corazón*, así como atributos físicos que indican una estrecha relación entre las representaciones sociales del cuerpo y la salud, en las cuales se identifica la relevancia de los estereotipos de género, ya que la apariencia física y los atributos se orientan a las características estéticas, sobre todo entre las mujeres, y de desempeño entre los hombres. Para ellas las palabras relacionadas con el cuerpo son *belleza, manos, piernas, gordo, movimiento, cabello y piel*, que culturalmente están relacionadas con estereotipos femeninos que destacan aspectos como *delgadez, arreglo personal*, tener una *piel lisa, tersa, firme y sin estrías*, así como rasgos emocionales y de conducta definidos por palabras como *delicada, tierna*, orientada a los *afectos*; además, se consideran responsables de su cuidado y de los otros, es decir, ser un cuerpo para los demás.

Los varones, en cambio, se refieren al cuerpo como *máquina o instrumento*. Se mencionan palabras como *dedos, fuerza, huesos, manos, ejercicio, brazos*, lo cual se orienta en un sentido utilitario y de rendimiento para el desempeño de sus actividades, lo que evidencia también el peso de los estereotipos de género. Asimismo, se encontró que el 31 % de las mujeres desearían estar más delgadas, mientras que el 21,3 % de los varones esperarían estar más robustos o musculosos, lo que apunta a la relevancia de la expectativa social respecto al cuerpo vinculada a los estereotipos de género y que propicia el deseo de alcanzar el ideal estético considerado como deseable para cada sexo. Este aspecto nos remite a que la experiencia de la interacción en la sociedad actual está cada vez más condicionada por la imagen del cuerpo y la expectativa en los modos

deseables de sentir y actuar atribuidos a las mujeres y a los hombres, los cuales inciden en la subjetividad y las identidades que se construyen. Esto coincide con lo que señala Vigarello (2005) respecto al lugar del cuerpo joven, principalmente en los contextos urbanos, que marca la pauta de lo que se considerará un cuerpo sano o enfermo. Dichas representaciones sociales están orientadas por la valoración del vigor físico, el tamaño, la robustez, la energía, el poder muscular, frente a la fragilidad, la debilidad y pequeñez, considerados obstáculos para la potencia necesaria requerida para el trabajo.

Si bien en ambos grupos se reconoce que en el cuerpo se manifiestan malestares físicos y emocionales, para los hombres la relación con este aspecto es problemática, ya que la visión utilitaria del cuerpo en el imaginario masculino propicia una distancia emocional que limita la manifestación de las experiencias corporales respecto de los afectos y las emociones, los cuales son considerados más próximos a las mujeres y la feminidad. En otros casos, para muchos hombres permanece un sentimiento impreciso o vago a la hora de identificar la experiencia de su cuerpo (Cornell, 2003), e incluso pueden llegar a negar todo referente corporal frente al sufrimiento y los conflictos o padecimientos cotidianos.

La gran mayoría de participantes de ambos sexos se consideran sanos (95 %); sin embargo, destaca la referencia que se hace de la obesidad, a la que se reconoce como un problema relacionado más con la estética, sobre todo entre las mujeres, que como un problema de salud. Cabe señalar que no es solo la salud física la que se identifica a través de un cuerpo cuidado y cultivado, sino incluso la salud mental asume indicadores estéticos (González, 2008). Así, Bustos (2011b) señala que el 68 % de las mujeres que siguen dietas restrictivas no lo hacen para cuidar su salud, sino para mejorar su imagen corporal, ya que las personas delgadas, sobre todo las mujeres, se perciben como guapas, exitosas, felices, con prestigio y poder. En consecuencia, se produce cada vez más una búsqueda del bienestar personal a través del bienestar del cuerpo, ya que este, al ser reconocido de manera más directa por su condición física, concreta y objetiva, es considerado el lugar de manifestación de la salud, así como de malestares físicos y emocionales.

En ambos grupos, el significado de la salud se asocia con aspectos como la alimentación, el ejercicio, la higiene (más valorada por las mujeres), la prevención y los cuidados (que incluyen la atención médica), pasando por actividades vinculadas al placer, el descanso y lo lúdico. También, a características y atributos físicos relacionados con elementos estético-sexuales (belleza, placer, satisfacción, sexo) y de índole utilitaria o productiva (fuerza, energía, resistencia), así como los psicoemocionales (felicidad, bienestar, amor, cariño) y actividades intelectuales (estudiar, leer, aprender).

La alimentación se identifica como el factor más importante para la salud en ambos grupos. Las mujeres manifiestan mayor riqueza semántica, incluso distinguen entre lo

que consideran una *alimentación sana, buena o balanceada* de lo que definen como *mala alimentación*, mencionando cierto tipo de alimentos como *frutas, verduras, cereal, vitaminas* y beber *agua*. En cambio, los hombres, si bien señalan algunos alimentos como *carnes, carbohidratos, frutas y verduras*, se refieren a la alimentación en general y hacen poca diferencia entre lo que consideran como buena o mala alimentación. La centralidad de la alimentación en la representación social de la salud coincide con estudios que indican que la alimentación saludable es frecuente entre personas con estudios universitarios (Andreatta, 2013), aunque en los jóvenes la alimentación también está asociada con el placer y el hecho social de la comida (Aguirre, 2000). Esto contrasta con estudios que reportan que las prácticas de consumo y las representaciones de los alimentos entre las clases sociales más bajas están orientadas hacia productos rendidores, así como la elección está en función de la actividad que se desempeñe. Entonces, entre los sectores de menos recursos económicos, los alimentos, además de ser rendidores, deben ser baratos, saciar y aportar energía, es decir que son de alto contenido calórico, contrario a los criterios de elección en sectores económicos altos, que buscan alimentos considerados sanos, ligeros y sabrosos (Aguirre, 2000; Bourdieu, 2012). En este caso, aunque se trata de jóvenes de escasos recursos, se diferencian en que son estudiantes universitarios y, por tanto, tienen mayor acceso a informaciones respecto a la alimentación y la salud, lo que les permite reconocer cierto tipo de productos vinculados a la mala alimentación.

En ambos grupos se reportaron más palabras asociadas al cuerpo enfermo que al cuerpo sano. El cuerpo enfermo tiene una connotación negativa, sobre todo entre los varones, y destaca la importancia de las expectativas sociales de género sobre lo que se entiende por ser hombre y desempeñar un rol masculino. El cuerpo enfermo se relaciona principalmente con la mala alimentación, que se define como *chatarra, comida rápida, grasa, refrescos o bebidas con mucha azúcar*, siendo las mujeres las que hacen mayor mención a la mala alimentación. Entre los hombres, la salud implica, además, no fallar, ya que estar enfermos significa no poder responder conforme a la expectativa socialmente esperada para ellos; es decir, el cuerpo enfermo preocupa no por la enfermedad en sí, sino por las consecuencias negativas que les genera en términos del incumplimiento de sus obligaciones y responsabilidades laborales. De ahí que palabras como *chatarra, basura, inservible, inutilidad*, señaladas por los varones, estén relacionadas con el cuerpo enfermo en su condición funcional o instrumental, lo que repercute, a su vez, en su valoración y percepción personal.

Asimismo, la expresión de emociones y sentimientos es más evidente en la representación social del cuerpo enfermo en ambos grupos. En el caso de la enfermedad, se identifica una mayor asociación de palabras que expresan emociones y sentimientos como *tristeza, depresión, angustia, enojo, dolor, malestar, desesperación*, etcétera. Más aún, para los hombres, la enfermedad se relaciona con *hospital, cama y muerte*. Esto hace referencia a la poca atención a la prevención y a la manifestación temprana de síntomas;

por el contrario, la gravedad de estos es lo que alerta para la atención médica. También se mencionan los accidentes, el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas como causas de enfermedad o incluso de muerte en esta etapa. Estos significados indican que hace falta poner atención y desarrollar estrategias para el reconocimiento tanto de síntomas como de sentimientos y emociones asociados al cuerpo y la salud, principalmente entre los varones, que favorezca el autocuidado y se incorpore como práctica ética del cuidado de sí.

En el caso de las mujeres, estar enfermas se asocia con *dependencia, desorden, indisciplina, irresponsabilidad*, aunque también se reconoce como parte de la condición de vida. Tales palabras se relacionan con la demanda hacia las mujeres como responsables de su salud. Además, reconocen en mayor medida otros riesgos para la salud como los embarazos no planeados y las infecciones de transmisión sexual.

Tanto las mujeres como los hombres consideran importante cuidar el cuerpo y la salud. Sin embargo, los motivos para su cuidado están más orientados a la presencia estética en el caso de las mujeres y al desempeño en las actividades en el caso de los hombres. Esto evidencia el peso de los estereotipos de género en el significado que se atribuye al cuerpo y la salud. Asimismo, para las mujeres la atención médica es una práctica común vinculada a la salud y el cuerpo sano, no así en el caso de los hombres, para quienes la atención médica está más relacionada con estar enfermo, por lo que acudir al médico solo resulta necesario si se tiene un problema de salud que lo amerite.

Un aspecto destacable en ambos grupos es que el cuerpo y la salud son considerados un asunto personal; por tanto, su cuidado es visto como una tarea y responsabilidad individual. No obstante la importancia del entorno social y la participación colectiva, como elementos clave para el cuidado del cuerpo y la salud se reconoce principalmente a la familia y el apoyo que ella significa, siendo las mujeres las que se sienten más comprometidas a atender a algún familiar enfermo, pero también a cuidarse a sí mismas para no enfermar y no molestar a su familia. En menor grado se identifican palabras como *derecho, seguro y gratuita*, que colocan a la salud como un asunto de compromiso y responsabilidad del Estado.

También se hace referencia al entorno social de riesgo, por ejemplo, las mujeres mencionan *violencia, vigilancia y respeto*; mientras que los hombres hablan de *inseguridad y accidentes*. Pero también en ambos grupos se reconoce la importancia de la educación en temas de salud con palabras como *conocimiento, conciencia, obligación, reflexión e investigar*. De igual manera, se mencionan palabras como *amor, conciencia y responsabilidad*, en el caso de los hombres; y *descanso y fuerza*, en el caso de las mujeres. Ellas, aunque con una menor mención, indican diferencias con respecto a la expectativa asociada con los estereotipos masculinos y femeninos tradicionales en la valoración del cuerpo y la salud.

CONCLUSIONES

Como fenómeno característico de las sociedades modernas, aproximarse al estudio de las representaciones sociales del cuerpo y su relación con la salud permite identificar la diversidad de significados que se les atribuyen y asumir una postura crítica respecto de los estereotipos de género. En estos, el cuerpo, convertido en objeto, es el centro de atención en una cultura visual como la que vivimos, inserta en una sociedad moderna caracterizada por el individualismo que impulsa la idea de que el individuo es el actor principal y responsable único de atender sus propias necesidades de salud.

Es necesario fortalecer el carácter intrínsecamente social del cuerpo y la salud para contrarrestar las ideas que lo reducen al ámbito individual, físico y de responsabilidad personal, así como reconocer que los cambios en la sociedad implican también cambios en los modos de vivir y experimentar lo social a través del cuerpo. Impulsar prácticas más efectivas de cuidado del cuerpo y la salud, junto con el desarrollo de estrategias que no se limiten a las posibilidades individuales, sino que busquen una participación más activa del entorno familiar, escolar y de otras instancias vinculadas con la salud. Esto revela la necesidad de atender la trascendencia del entorno social y revisar el papel que juegan las instituciones educativas y de salud para la atención y prevención de diversas problemáticas, como los hábitos de alimentación que pueden provocar enfermedades crónico-degenerativas que se presentan cada vez a edades más tempranas, así como otros problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva en los jóvenes.

En este sentido, las estrategias educativas deben incluir la discusión y reflexión acerca de los significados que se atribuyen al cuerpo y la salud no solo entre los jóvenes, sino en los diversos sectores de la sociedad, incluidos los profesionales de la salud, ya que, en el caso de la práctica médica, por ejemplo, se involucran las propias representaciones que se tienen respecto a sí mismo, a los jóvenes, el cuerpo y la salud. Estas representaciones influyen en la atención y las recomendaciones que se dan están asociadas a tales conceptos. Por tanto, se debe buscar promover prácticas y formas de interacción que favorezcan una mejor relación con el propio cuerpo y un mejor cuidado de la salud.

Finalmente, para mejorar el desarrollo no solo de los jóvenes, sino de todas las personas, es indispensable conocer y recuperar la riqueza y variedad de significados que se construyen en torno al cuerpo, así como sus posibilidades de manifestación y reconocimiento como características humanas. Es decir, reconocer que los atributos y estereotipos asignados a las mujeres y los hombres han tenido impactos en la salud, al ser considerados como factores de riesgo, lleva a plantear que, en la medida que se generen cambios en tales estereotipos y se reconozca que las maneras de pensar, de actuar, las emociones, sentimientos y demás atributos son características humanas, ello repercutirá en la construcción de representaciones sociales que favorezcan mejores prácticas para el cuidado de la salud y el desarrollo integral de las personas.

REFERENCIAS

- Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México D. F.: Ediciones Coyoacán.
- Aguilar, D. (2015). *Las representaciones sociales del cuerpo y su relación con la salud y el autocuidado* (tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Aguirre, P. (2000). Los alimentos rendidores y el cuerpo de los pobres. En A. Millán (Comp.), *Arbitrario cultural. Racionalidad e irracionalidad del comportamiento comensal* (pp. 799-820). Huesca: La Val de Onsera.
- Andreatta, M. M. (2013). La alimentación y sus vínculos con la salud desde la teoría de las representaciones sociales. *Revista Diaeta*, 31(142), 42-49.
- Bourdieu, P. (2012). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. México D. F.: Taurus.
- Bustos, O. (2001). Género y socialización: familia, escuela y medios de comunicación. En M. A. González y J. Mendoza (Comps.), *Significados colectivos: procesos y reflexiones teóricas* (pp. 289-357). México D. F.: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, campus Estado de México; CIIACSO.
- Bustos, O. (2011a). Estereotipos sexistas e imagen corporal en la publicidad comercial y gubernamental. En R. Trejo y A. Vega (Coords.), *Diversidad y calidad para los medios de comunicación* (pp. 205-219). México D. F.: Asociación Mexicana de Derecho a la Información.
- Bustos, O. (2011b). Los medios y la construcción de género: factor de riesgo para trastornos alimentarios como anorexia y bulimia. *Derecho a Comunicar*, 2, 60-79.
- Cornell, R. (2003). *Masculinidades*. México D. F.: Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM.
- Cruz, A. (12 de diciembre del 2014). Solo 3 de cada 10 hombres acuden al médico oportunamente para diagnóstico de males. *La Jornada*, p. 50.
- Cruz, A. (21 de septiembre del 2015). Males cardiovasculares causan la muerte de 100 000 mujeres al año. *La Jornada*, p. 37.
- Davis, K. (2007). *El cuerpo a la carta. Estudios culturales sobre cirugía cosmética*. México D. F.: La Cifra.
- Flores, F. (2001). *Psicología social y género. El sexo como objeto de representación social*. México D. F.: McGraw-Hill; UNAM.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México D. F.: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1993). *Historia de la sexualidad I*. México D. F.: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.

- González, C. (2008). Identidad y percepción social del cuerpo. En T. Porzecanski (Comp.), *El cuerpo y sus espejos* (pp. 17-31). Montevideo: Planeta.
- Ibáñez, T. (1988). *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai.
- Instituto Mexicano de la Juventud (Imjuventud). (2010). *Encuesta Nacional de la Juventud*. México D. F.: Autor. Recuperado de <http://www.imjuventud.gob.mx>
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT 2012*. México D. F.: Autor. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx>
- Jodelet, D. (1984). The representation of the body and its transformations. En R. Farr y S. Moscovici (Eds.), *Social representations* (pp. 211-238). Cambridge: Cambridge University Press.
- Le Breton, D. (2010). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lipovetsky, G. (2002). *La era del vacío*. Barcelona: Anagrama.
- Moscovici, S., y Hewstone, M. (1986). De la ciencia al sentido común. En S. Moscovici (Comp.), *Psicología social II* (pp. 679-710). Buenos Aires: Paidós.
- Muñoz, E. (2007). Cuerpo y corporalidad: lecturas sobre el cuerpo. En M. Á. Aguilar (Coord.), *Tratado de psicología social* (pp. 67-95). México D. F.: Anthropos; UAM Iztapalapa.
- Rubin, G. (1996). El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. En M. Lamas (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 35-96). México D. F.: Porrúa; Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM.
- Valdez, J. L. (1998). *Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social*. México D. F.: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Vigarello, G. (2005). *Corregir el cuerpo. Historia de un poder pedagógico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Wagner, W., y Hayes, N. (2011). *El discurso de lo cotidiano y el sentido común. La teoría de las representaciones sociales*. Barcelona: Anthropos.

HEALTH PROMOTING SCHOOLS: A MULTICOMPONENT PROGRAM TO PREVENT BEHAVIORAL RISKS AMONG ADOLESCENTS (2014-2017)

EDWIN PEÑAHERRERA

<https://orcid.org/0000-0003-2892-9164>

Universidad de Lima / Perú

DAE HWAN KIM

<https://orcid.org/0000-0003-1912-1876>

YESEUL JUNG

<https://orcid.org/0000-0002-4888-2554>

EUN WOO NAM

<https://orcid.org/0000-0002-0785-1962>

Yonsei Global Health Center, Yonsei University / Seoul, South Korea

DORIS VÁSQUEZ PAJA

KOICA Peru Office / Lima, Perú

Recibido: 10 de diciembre del 2019 / Aceptado: 23 de abril del 2020

doi: 10.26439/persona2020.n023(1).4834

Abstract. This article is based on the analysis of the systematization of the Health Promoting Schools project implemented in Lima, Peru, from 2014 to 2017 by an agreement between the International Cooperation Agency of South Korea and the Ministry of Health of Peru. A description of the phases developed, the strategies used and the alliances built for their implementation will be presented. For that purpose, a review of secondary sources and interviews to key players as primary sources were conducted. The project's prevention and health promotion paradigms should be considered as complements.

Keywords: health promoting schools / health promotion / health education / intersectoral cooperation

ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD: UN PROGRAMA MULTICOMPONENTE PARA PREVENIR LOS RIESGOS CONDUCTUALES EN ADOLESCENTES (2014-2017)

Resumen. Este artículo se basa en el análisis de la sistematización del Proyecto de las Escuelas Promotoras de la Salud, implementado en Lima, Perú, del 2014 al 2017, a través de un acuerdo entre la Agencia de Cooperación Internacional de Corea del Sur, y el Ministerio de Salud del Perú. Se describe el desarrollo de las fases del proyecto, las estrategias que se usaron, así como las alianzas que se construyeron para la implementación del proyecto. Para el análisis se revisaron fuentes secundarias y se entrevistaron a los agentes clave, como fuentes primarias. Consideramos que los paradigmas de prevención y promoción de la salud deben ser considerados como complementarios.

Palabras clave: escuelas promotoras de la salud / promoción de la salud
/ educación de la salud / cooperación intersectorial

INTRODUCTION

According to data from the National Institute of Statistics and Information (INEI), the main problem among adolescents is alcohol consumption, cigarette smoking and illicit drug use. Bullying and depression rates are also high among adolescents who come from dysfunctional families, suffer exclusion and social inequality, have limited access to social services or basic services, among other reasons (INEI, 2015).

The World Health Organization (WHO) and the Pan American Health Organization (PAHO) pointed out that the goal of the Health Promoting Schools (HPS) project is “to form new generations that have the abilities, knowledge and skills needed to promote and take care of their health, their family’s health and the community’s health, as well as to create and maintain a healthy study, work and community environment.”

In Peru, the HPS project arose from the agreement between the Ministry of Health (MINSAL) and the Ministry of Education (MINEDU) in 2002. Its main objective was to “contribute to the comprehensive human development of students and the school community through the enhancement of health promotion actions” (General Directorate of Health Promotion [DGPS], 2005). The HPS project was first implemented in primary schools in 2003. From 2004, the program has been implemented in secondary schools nationwide.

The agreement highlights the appropriate control of growth and development during childhood, through a preventive nutrition, the timely care and treatment of people under 18 years old, especially those aged under five. Furthermore, it aims at generating knowledge and abilities in the school community for the development of healthy practices, both individually and collectively. Moreover, it encourages the dissemination of information on food, nutrition and hygiene (MINSAL-MINEDU Agreement, 2002).

In the new 2017 school curriculum, the graduate profile indicates that, during the teaching-learning process, students should have an active and healthy life to improve their wellbeing, taking care of their body and respectfully interacting in the different physical, daily or sports activities (MINEDU, 2017).

Parents, teachers, school leaders, i.e. the whole school community, are considered important socialization agents and, therefore, key players in the proper implementation of the project. The articulation with the health sector is important for implementing the HPS project. Nevertheless, this initiative requires an active involvement of the Ministry of Health through technical assistance, e.g. training the members of the school community in health issues, performing early diagnoses and delivering timely care to adolescents with risk factors. In Peru, the lack of exercise, obesity, unhealthy eating habits, environmental pollution and stress are factors that increase the prevalence of chronic diseases, cardiovascular diseases, diabetes and cancer (Health Promoting Schools Action Plan, 2015).

The HPS project focused on secondary school. It used strategic components based on the strategies recommended by PAHO and included in the technical standard "Comprehensive Health Care in Adolescence" by MINSA (2005). It also took into account the new curriculum approved by MINEDU (2017), and the regulations and procedures from the "Guide for Strategy Management of Health Promoting Schools" by MINSA (2006).

This paper is based on the systematization document which describes and analyzes the process and phases of the HPS project by reviewing the secondary sources and interviewing the main parties involved. Said parties were interviewed to collect their perceptions, evaluations and contributions, emphasizing their degree of connection and involvement in the entire process.

LOGICAL FRAMEWORK OF THE HEALTH PROMOTING SCHOOLS ACTION PLAN

The logical framework of the HPS project took as a reference the six strategic areas recommended by PAHO/WHO and the six essential elements of promoting health in schools established by the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) in 2010: 1. Healthy school policies, 2. The school's social environment, 3. The school's physical environment, 4. Individual health skills and action competencies, 5. Community links, 6. Health services.

The logical framework was developed with data gathered through an initial diagnosis performed in the selected schools of Northern Lima and Callao. The project was conducted in Lima region, (Comas district) and Callao region (Ventanilla and Bellavista districts), areas inhabited by poor population.

In Peru, the lack of exercise, obesity, unhealthy eating habits, environmental pollution and stress are factors that have mainly generated the prevalence of chronic diseases, cardiovascular diseases, diabetes and cancer (Health Promoting Schools Action Plan, 2015). Given this situation, the HPS project could contribute to develop an intervention plan not only to reduce diseases but—above all—to help prevent and promote health self-care.

Alcohol consumption, cigarette smoking and illicit drug use, bullying, feelings of depression, suicidal thoughts, learning problems, gangs, drug abuse, violence and depression rates are high among adolescents, as a result of dysfunctional families, exclusion and social inequality, limited access to social services or basic services, etc. (Health Promoting Schools Action Plan, 2015).

According to these data, the logical framework was the following (see Figure 1):

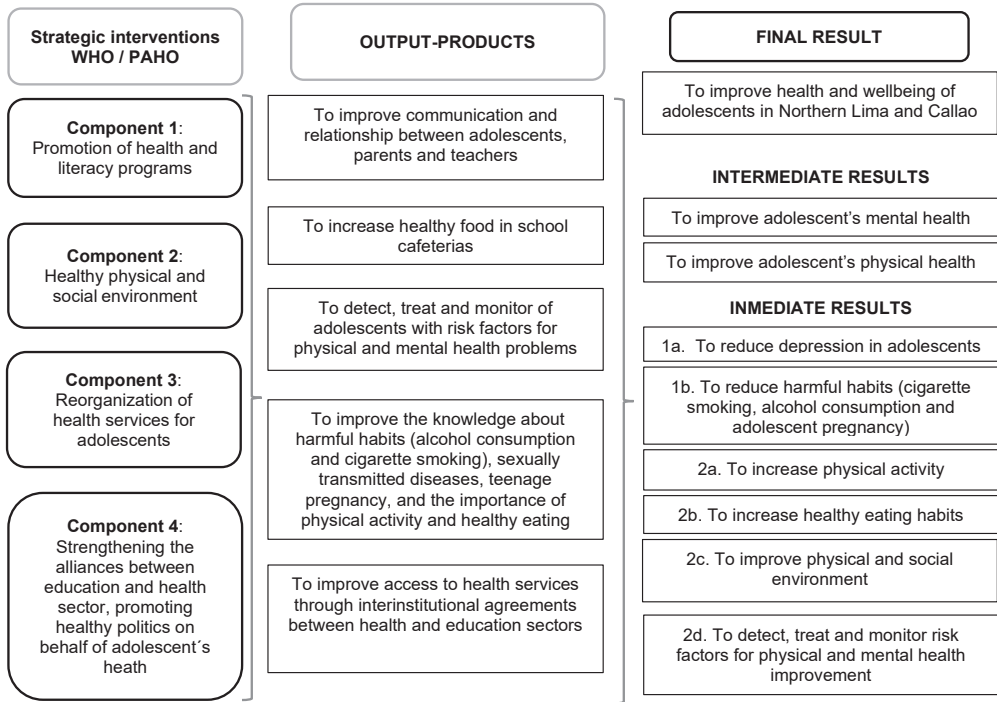


Figure 1. Logical framework of the Health Promoting Schools action plan

The HPS project implemented the following strategies to promote healthy lifestyles and habits in adolescence (see Figure 2).

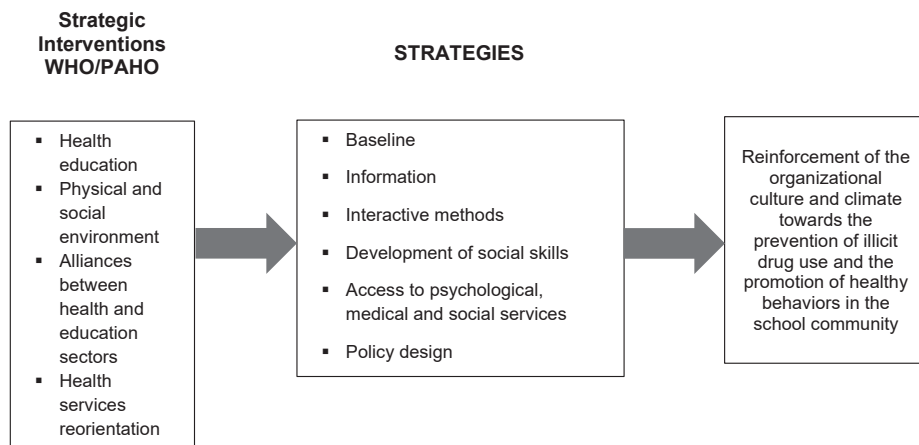


Figure 2. Health Promoting Schools (HPS): A multicomponent program to promote healthy lifestyles

The HPS project was aimed to improve healthy behaviors and to reduce the risk factors that are behind those unhealthy behaviors. Its purpose, according to the health promotion framework, is to implement strategies involving the whole school community, upgrade the school culture and its environment to a healthy one, and therefore impact on the quality of life of the adolescents, their families and their communities.

Addressing the risk factors and reinforcing the protective factors of the educational environment contribute to improve adolescents' lifestyles. However, this depends on multisectoral and multidisciplinary actions to change the knowledge of health problems by adolescents, and the settings where they study, entertain, feed, wash themselves, which directly affect healthy lifestyles. (Health Promoting Schools Action Plan, KOICA, 2015)

INTERVENTION AREA OF THE HPS PROJECT

The project was conducted in Lima region (Comas district) and Callao region (Ventanilla and Bellavista Districts) with the support of health authorities and officials of the General Directorate of Health Promotion and the Túpac Amaru Health Network in Callao (see Figure 3).

The public secondary schools Alborada Francesa and Presentación de María (Comas District), San Pedro 5050 (Bellavista District) and Perpetuo Socorro (Ventanilla District) were selected, among other criteria, because they were located near four maternal and child health centers that KOICA had been supporting to improve their infrastructure and organization.



Figure 3. Study areas and schools

a. Ventanilla district

Ventanilla district is located in the constitutional province of Callao. According to data from INEI (2013), it has approximately 277 895 inhabitants. Adolescents from 12 to 16 years old account for 10,8% (30 098) of the total population.

Perpetuo Socorro school was within the intervention area of the Maternal and Child Health Center Pachacútec, which was built and equipped by the HPS project.

b. Bellavista district

Bellavista district is located in the constitutional province of Callao and consists of the lowest-income population. It has approximately 75 163 inhabitants. It has five public secondary schools with a total of 3802 students.

The project's beneficiary school was San Pedro 5050, which had a total of 417 students. This school was within the intervention area of the Maternal and Child Health Center Bellavista, which was built and equipped by KOICA.

c. Comas district

Comas District is in the department and province of Lima. According to data from INEI (2004), it has approximately 522 760 inhabitants. Based on data from the Comas Coordinated Development Plan 2011-2021, it is the third most crowded district in Metropolitan Lima.

The HPS project was implemented in two health centers: Maternal and Child Health Centers Laura Rodríguez Dulanto and Santa Luzmila II. The first health center assisted a population of 34 346 inhabitants and had two nearby public secondary schools with a total of 939 students. The second one assisted a population of 33 269 inhabitants and had one nearby public secondary school with a total of 1318 students.

The two beneficiary schools were Alborada Francesa, located near the Maternal and Child Health Center Laura Rodríguez Dulanto, and Presentación de María located near the Maternal and Child Health Center Santa Luzmila II.

GENERAL OBJECTIVE OF THE HPS

To foster the health and well-being of the adolescents and school community by promoting healthy settings and lifestyles in the area of intervention of the health promotion program in Northern Lima and Callao.

STRATEGIC OBJECTIVES

To improve the levels of knowledge of healthy habits and behaviors, and prevention of diseases in the adolescents participating in the project.

To strengthen the competencies of the health and teaching staff to promote, protect and improve the comprehensive health of the adolescents with the participation of the entire school community, the community and local actors.

To promote the development of healthy settings that foster, strengthen and facilitate healthy habits and behaviors in the adolescents of the project.

IMPLEMENTATION PHASES

The program was developed from 2013 to 2017. Every year, it followed an action plan according to the established targets.

The HPS project was implemented by the Ministry of Education (MINEDU), the Ministry of Health/Directorate of Health Education and Participation (MINSAs/DEPS), health centers located in the intervention areas, and the school community. The Korea International Cooperation Agency (KOICA), the Yonsei University Global Health Center (YGHC) and the Pan American Health Organization (PAHO/WHO) gave technical support during the process.

"We are concerned with decreasing the tendency to obesity among the adolescents; improve the eating habits, increase physical activity and improve mental health"

(Dr. Nam, Eun Woo, leader of the HPS project, professor of Yonsei University)

The methodology was based on the empowerment of the social actors, who played an active role in the decision-making process of the activities and, therefore, in the implementation phases of the HPS project.

Forty-four (44) health professionals and teachers were both beneficiaries and benefactors, and took the responsibility for managing and executing the activities of the HPS project with the technical support of KOICA and PAHO. For that reason, they were trained at different levels from 2014 to 2017 in health promotion, determinants of health, mental health, nutrition and comprehensive health counseling.

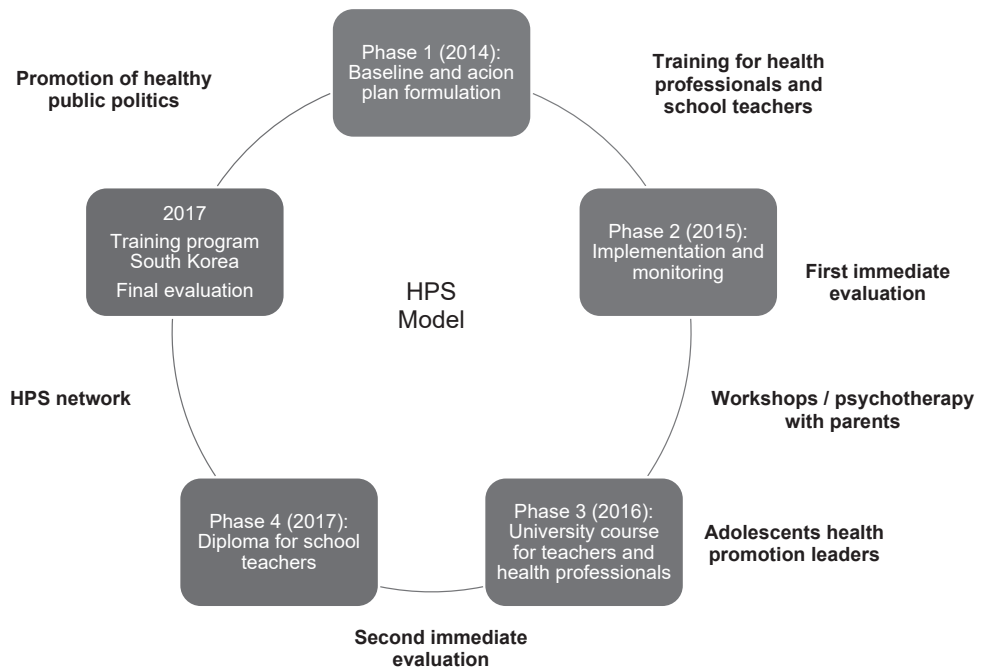


Figure 4. Phases of implementation of the HPS project, 2014-2017

Phase 1: Baseline diagnosis

This stage consisted in the formulation of a research protocol for the baseline survey. Its objective was to gather information regarding the behaviors, habits and health status related to anemia, overweight, illicit drug use, among other issues.

The research methodology was developed by the National Institute of Information and Statistics (INEI). The study population consisted of 14,787 students from 17 public secondary schools. They were selected using a stratified random sampling and lived in the intervention area.

In the first stage of the research, the classrooms were chosen by proportional probability sampling (PPS). The students were chosen in the second stage based on a simple random sampling. The sample size had a 95% confidence level and a maximum permissible sampling error of $\pm 3,15\%$, leaving 981 students in 55 classrooms of 11 schools.

The questionnaire used in this survey took as a reference the Global School-Based Student Health Survey (*Encuesta Global de Salud Escolar. Resultados - Perú, 2010*) and was reviewed by the Ministry of Health and PAHO/WHO. The survey was approved by the

Ethics Committee of the Regional Health Directorate of Callao (DIRESA Callao) and Yonsei University.

The questionnaire consisted of 180 questions regarding demographic characteristics, subjective perceptions, eating habits, personal hygiene, physical pressure, mental health, cigarette smoking, alcohol consumption, illicit drug use, gender-related characteristics, STDs and AIDS, physical activities, school life and physical examination. This questionnaire was used in the intervention and control schools, not only at the baseline but also at the annual evaluation from 2014 to 2017. At the same time, during the first year, training courses were delivered to both health professionals and teachers.

Phase 2: Implementation

The second stage consisted in the implementation process. In this stage, action plan documents were essential to include health promotion activities in the schools' curricula.

As a result of the analysis and results of the baseline data, the 2015 Health Promoting Schools Action Plan was prepared, which contains four components with strategies for achieving the established objectives and goals (see Figure 5).

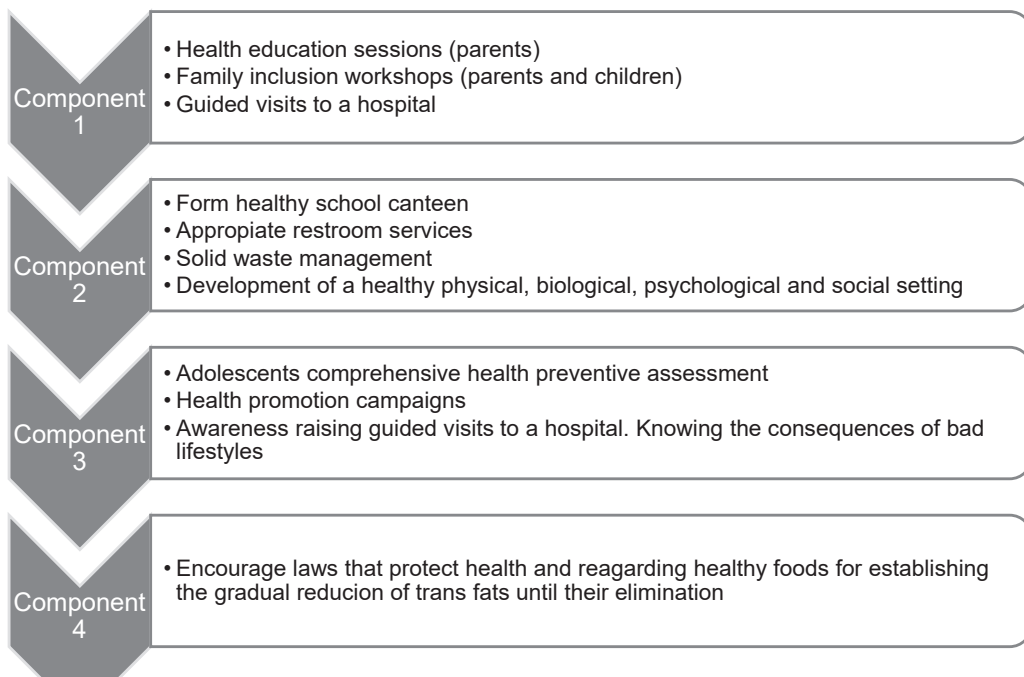


Figure 5. Components of the Action Plan (2015)

Students' training

The thematic areas had a cross-sectional approach and were to be used in the education of all the students who participated in the HPS project. However, the way in which they were developed varied according to the school grade.

The contents were focused on the prevention of non-communicable diseases and health promotion for healthy lifestyles.

Thematic areas:

1. Healthy diet
2. Prevention of alcohol consumption, cigarette smoking and illicit drug use
3. Sexual and reproductive health
4. Physical activity
5. Hygiene habits
6. Mental health and culture of peace

Parents' training

Parents received sessions twice a month and were distributed into different groups (parents whose children were in the first and second grades/parents whose children were in third, fourth and fifth grades).

The HPS project considered important to focus on parents as key influential players in the health and behavior of their children, so that three important functions for a proper development of the HPS model can be achieved: provision of support, role models, establishment of limits.

The sessions' contents were directly related to the topics used in the education of the students.

Thematic areas:

1. Healthy diet
2. Prevention of alcohol consumption, cigarette smoking and illicit drug use
3. Sexual and reproductive health
4. Physical activity
5. Body hygiene habits
6. Mental health and culture of peace

Phase 3: Execution

In this third stage, nurses, psychologists and nutritionists were responsible, together with the teachers, for implementing the activities and strategies of the Health Promoting Schools Action Plan.

Compliance monitoring, needed supplies, technical support and supervision of the activities were provided by the KOICA executive team.

Phase 4: Evaluation

This stage includes the annual evaluation of the HPS project indicators to monitor progress. The survey was conducted in the intervention and control schools to keep track of the impact of the strategies. Each year, the results were disseminated and the difficulties identified, in order to reorient the activities, if needed (Health Promoting Schools Action Plan, 2015)

Beneficiary population

The HPS project's beneficiaries were all the members of the school community: students, parents, school leaders, teachers, school cafeteria food service providers, members of the neighboring communities and health staff of the selected health centers, but the main beneficiaries were the teenagers.

RESULTS

The results were organized in five factors with some categories each: Predisposing (intention to change), reinforcement (close relationships with parents and friends), facilitating (information on alcohol consumption, cigarette smoking, illicit drug use, sexual intercourse), behavioral (licit or illicit drug use, sexual intercourse, fighting), environmental (bullying, verbal bullying, physical or verbal violence between parents) and psychological (suicidal thoughts, depression, subjective happiness, self-evaluation health).

Some interesting results, mainly in terms of trends, were found because behavioral changes take a long time to happen. Figures 6, 7 and 8 illustrate some of the main results.

Significant differences were found regarding cigarette smoking, illicit drug use and sexual intercourse

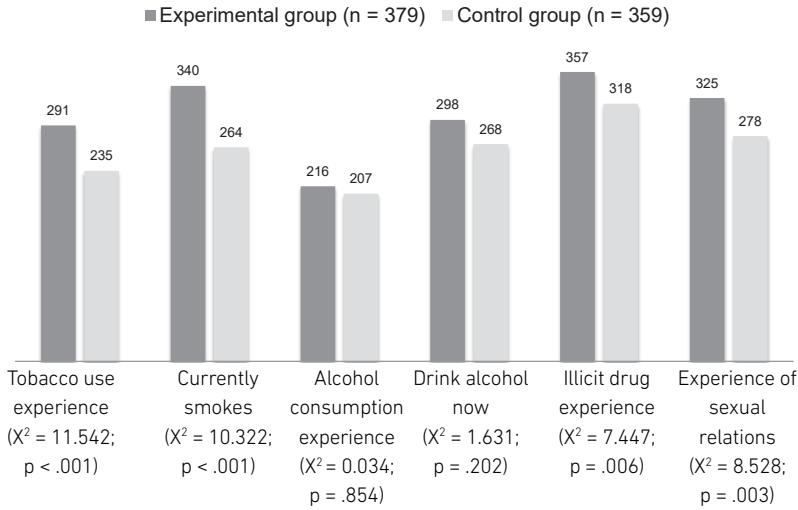


Figure 6. Effectiveness of the HPS project concerning the behavioral factors

There was an increase in the number of friends and parents who showed more sympathetic attitudes regarding the adolescents' needs.

Significant differences were found regarding the number of close friends and parents' sympathetic attitudes

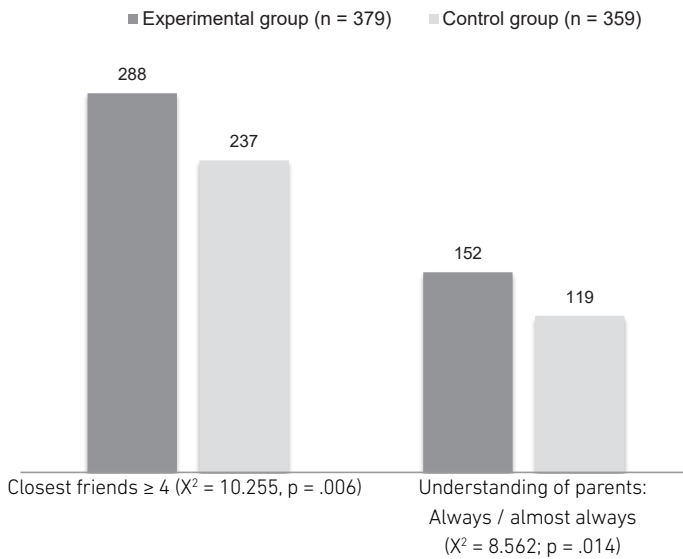


Figure 7. Effectiveness of the HPS project concerning the reinforcement factors

The HPS project had a positive influence on the motivation of the adolescents to look forward for information on key topics for their health and development.

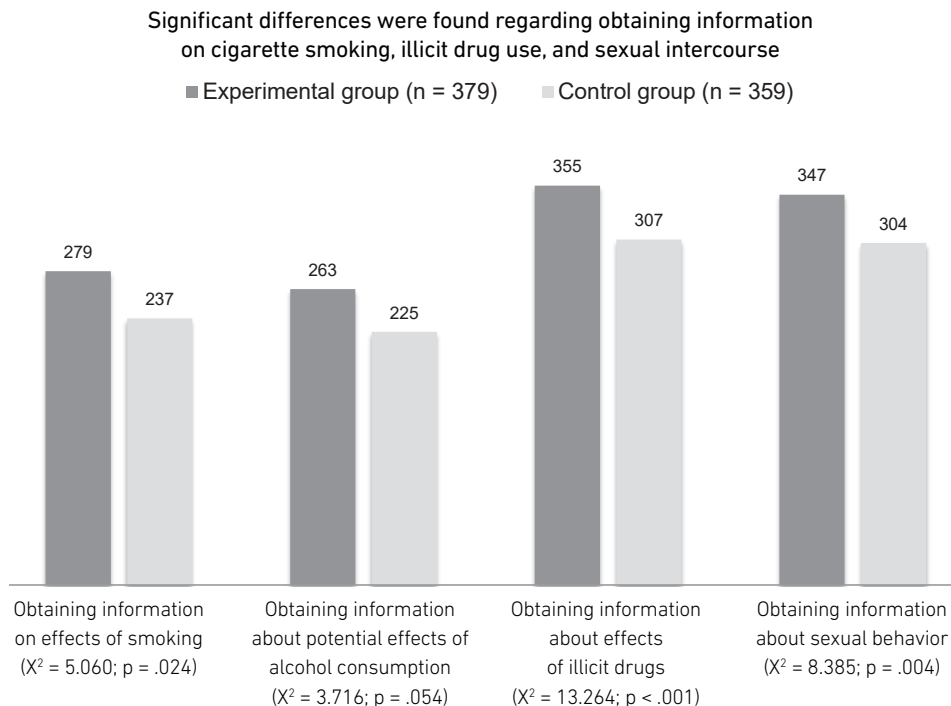


Figure 8. Effectiveness of the HPS project concerning the facilitating factors

The HPS project showed a significant influence in adolescents' behavior regarding cigarette smoking, illicit drug use and sexual intercourse.

INNOVATIVE ELEMENTS PERCEIVED BY KEY PLAYERS FROM THE SCHOOL COMMUNITY

a. Training and focus on health promotion

“Now teachers give sessions on violence, bullying, sex education and illicit drug use, and, in these sessions, students become more confident with their tutors and begin to talk” (Director of Alborada Francesa School).

“This space is very important, because they find that adults are interested in their problems” (Director of Alborada Francesa School).

"The information received about healthy practices: tooth brushing, hand washing, healthy eating, personal hygiene. Training on the importance of self-esteem, self-control, emotional management, assertive communication styles to take better care of ourselves and prevent risky behaviors, illicit drug use, alcohol consumption, unprotected sex, among others" (Students' opinions)

b. Multicomponent approach and psychotherapy workshops

"The approach of working with the whole school community, articulated with the health center, and the local and regional governments, was innovative and useful" (Teachers' opinion)

"Having a comprehensive diagnosis as a baseline: mental health, feelings of loneliness, depression, bullying, suicidal ideas, illicit drug use, addictions, risky behaviors in general" (Parents' opinion)

c. Articulation between sectors and early detection

"The articulation between health centers and educational institutions improves the coverage and quality of care of the adolescent population" (health personnel)

"It helps to identify risk factors in students who are apparently healthy. Teenagers come because they are healthy. However, if any disease is detected, the teenagers can be assisted in early stages" (Physician, Maternal and Child Health Center Santa Luzmila II)

CONCLUSIONS, LESSONS LEARNED AND RECOMMENDATIONS

Conclusions

- The HPS project improved the knowledge about adolescents' health, intention to change behaviors, ability to obtain health information, family bond through the improvement of parents' sympathetic attitudes, and subjective happiness.
- Significant differences were found between the experimental group and the control group regarding the number of close friends and parents' sympathetic attitudes.
- Significant differences were found between the experimental group and the control group regarding cigarette smoking, illicit drug use and sexual intercourse.

Key players perceptions regarding the benefits of the HPS Project

- The involvement of the entire school community guaranteed the sustainability of the HPS project.

- The agreement between schools and health services allowed the delivery of early care to adolescents with risk factors.
- Psychotherapy workshops with parents contributed to their awareness of the characteristics of adolescence and its risks factors.
- Professionals from health and education sectors agreed that the HPS model is a very good strategy to promote healthy lifestyles in the school community.

Lessons learned

- Strategic alliances between the Ministry of Health, Ministry of Education and local government are necessary to impact positively in adolescents' health.
- Having an initial database of adolescents' health at school is very useful to identify early those with risk factors and, offer them timely and personalized medical and psychological care.
- Psychotherapy workshops aimed at parents have demonstrated them how important it is to have a closer emotional relationship with their teenage children.
- Without an adequate training on adolescent health topics to teachers and health professionals, it cannot be expected to have the appropriate results on adolescents' health.

Recommendations

- Taking into account that the project includes the need to give sustainability to the HPS project, it is necessary to design policies that guarantee economic support and political commitment to the HPS strategies.

APPENDIX

ACHIEVEMENTS FROM 2014 TO 2017

Goals	Objectively verifiable indicators	Achievements				Final achievement
		Baseline survey 2014	2015	2016	2017	
Goal Contribute to improve the physical, mental and social health of Peruvian adolescents						
1. Improve mental health	1-1 Suicidal ideation rate	26.4%	29.3%	26.9%		25.1%
2. Improve physical condition	2-1 Overweight rate	20.6%	17.9%	19.1%		19.2%
IMMEDIATE RESULTS						
1-a Reduce depression in adolescents	1-a-1 Depression rate	62.1%	50.3%	49.6%		55.3%
1-b Reduce harmful habits in adolescents	1-b-1 Consumption of cigarettes (last 30 days).	17.9%	41.7%	25.6%		17.0%
	1-b-2 Consumption of alcoholic beverages (last 30 days).	53.1%	49.3%	35.8%		50.4%
2-b Improve dietary habits in adolescents	2-b-1 Percentage of adolescents who have consumed all kinds of cookies, sodas, duces, more than once in a day during the last 7 days .	78.5%	81.5%	81.2%		70.7%
2-c Improve healthy habits	2-c-1 Percentage of hand washing with soap after using the SS.HH	90.4%	90.8%	88.3%		94.9%
1-b-1 The level of knowledge about the prevention of harmful habits in adolescents is improved.	1-b-1-1 Level of knowledge about health problems caused by cigarette smoking **	77.0%	93.0%	72.0%>99.2%		85.0%
	1-b-1-2 Level of knowledge about health problems caused by the consumption of alcoholic beverages **	77.0%	93.0%	72.0%>99.2%		85.0%
	1-b-1-2 Level of knowledge about the health consequences of teenage pregnancy **	62.0%	70.0%	77.1%>96.1%		85.0%

REFERENCES

- Cardaci D., Peñaherrera, E., and Saravia, G. (2013). Elementos introductorios al campo de la promoción de la salud. En *Fundamentos de la promoción de la salud*. Universidad de Puerto Rico. OMS/PAHO. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, UIPES.
- Dirección de Promoción de la Salud. (2005a). *Guía de Gestión de la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud*. Lima: Ministerio de Salud.
- Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud. (2005b). *Plan Estratégico, 2003-2006 de la Dirección General de Promoción de la Salud*. Lima: Ministerio de Salud.
- Dirección de Educación para la Salud. (2011). *Guía técnica de gestión de promoción de la salud en instituciones educativas para el desarrollo sostenible / Ministerio de Salud*. Lima: Ministerio de Salud.
- Ippolito-Shepherd, J. (2005). *Health Promoting Schools in Latin America: results of the first regional survey*. Washington, DC: PAHO.
- Ippolito-Shepherd, J., and M. T Cerqueira (2003). *Lineamientos de política de promoción de la salud*. http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Escuelas%20promotoras%20de%20salud%20OPS_0.pdf
- Ministerio de Educación del Perú. (2017). *Curriculum Escolar 2017*. <http://www.minedu.gob.pe/curriculo/pdf/programa-curricular-educacion-secundaria.pdf>
- Pan-American Health Organization. (2003) .*Strengthening of the Regional Health Promoting Schools Initiative: strategies and guidelines 2003-2012*. Washington, DC: PAHO.
- Peñaherrera, E., and Choque, R. (2013). Comunicación social y promoción de la salud. En *Fundamentos de la Promoción de la Salud*. Universidad de Puerto Rico. OMS/PAHO. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, UIPES.
- Peñaherrera, E. (2018). Territorial Management of Health Promotion in North Peru. In: *Globalization of Health Promotion Strategy Impact on health inequities in Latin American Countries*. Springer Nature, SPi.

REPRESENTACIONES DEL ESTATUS SOCIAL EN ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA EN UN COLEGIO PRIVADO DE LIMA METROPOLITANA

FERNANDO GARCÍA

<https://orcid.org/0000-0002-2120-514X>

Universidad Autónoma de Barcelona / Barcelona, España

Recibido: 3 de febrero del 2020 / Aceptado: 23 de marzo del 2020

doi: 10.26439/persona2020.n023(1).4835

Resumen. El estatus social tiene un rol central en la vida del adolescente en la escuela. El presente estudio cualitativo busca analizar las representaciones del estatus social escolar en 10 estudiantes ($M = 15,89$, $DE = 0,33$) del último año de educación secundaria de un colegio privado de Lima Metropolitana. Se aplicaron grupos focales y entrevistas a profundidad. Los resultados evidencian que la dominancia y el prestigio son estrategias efectivas para ganar estatus en la escuela. Los estudiantes dominantes muestran conductas agresivas, fortaleza física y están asociados con el consumo de drogas entre sus pares; los estudiantes prestigiosos se caracterizan por el éxito académico, la conducta prosocial y logros deportivos. Se halló también que la identidad no heterosexual y ser diagnosticado con un trastorno mental afectan negativamente el estatus social en la escuela. Se discuten las relaciones entre estos factores y sus posibles implicancias.

Palabras clave: estatus social / dominancia / prestigio / educación secundaria

SOCIAL STATUS REPRESENTATIONS AMONG SENIOR HIGH SCHOOL STUDENTS FROM A PRIVATE SCHOOL IN LIMA METROPOLITAN AREA

Abstract. Social status plays a central role in teenage school life. This qualitative study aims to examine the representations of school social status among 10 senior high school students ($M = 15.89$, $SD = 0.33$) from a private school in Lima Metropolitan Area. Focus groups and in-depth interviews were conducted. The results evidence both dominance

Correo electrónico: Fernando.GarciaBl@e-campus.uab.cat

and prestige are effective strategies to gain status at school. Dominant students show aggressive behaviors, physical strength, and are associated with drug use among their peers. Prestigious students' traits are academic achievement, prosocial behavior and sport success. Non-heterosexual identity and mental illness negatively affect social status in high school. The relationship between these factors and their possible implications is discussed.

Keywords: social status / dominance / prestige / secondary education

INTRODUCCIÓN

La vida social involucra jerarquías que diferencian a los individuos según diversos criterios, como el acceso a recursos, el grado de influencia y el reconocimiento que unos sujetos tienen sobre otros (Fiske, Dupree, Nicolas y Swencionis, 2016). El estatus social influye en la manera como interactuamos, recordamos y evaluamos a los demás (Mattan, Kubota y Cloutier, 2017). Además, puede ser un eje de conflicto entre diferentes grupos sociales (Fiske *et al.*, 2016).

La escuela, por su parte, es un espacio de socialización cuyo rol es protagónico en la vida de los alumnos. Diversos estudios han hallado relaciones positivas entre el estatus social alto y la salud (Mattan *et al.*, 2017; Sweeting y Hunt, 2014), y el estatus familiar bajo con estrés y síntomas asociados a problemas de salud física (Rahal *et al.*, 2019; Sweeting y Hunt, 2014) en adolescentes. En este sentido, el estatus tiene un impacto social, psicológico y fisiológico en este grupo. El presente estudio busca analizar las representaciones del estatus en adolescentes de último año de educación secundaria en un colegio privado de Lima Metropolitana.

Estatus

Las aproximaciones clásicas al estatus social son la teoría basada en la competencia y la teoría basada en el conflicto (Cheng, Tracy, Foulsham, Kingstone y Henrich, 2013). El estatus se define como una jerarquía de recompensas o de exhibiciones, o ambas al mismo tiempo. La primera sostiene que el rango social de un individuo es producto del consenso grupal sobre el valor que tiene para el colectivo, utilizando como criterios la experticia y la competencia superior en los dominios valorados socialmente. Por el contrario, la teoría basada en el conflicto afirma que las pruebas de dominancia y la función coercitiva son los sistemas fundamentales para jerarquizar a los individuos en un grupo: amenazas, miedos y diversas formas de agresión (Cheng *et al.*, 2013).

Una aproximación más contemporánea es la teoría de dominancia-prestigio, desarrollada desde la psicología evolucionista por Henrich y Gil-White (2001), y aplicada en investigaciones recientes (Cheng *et al.*, 2013; Kakkar, Sivanathan y Gobel, 2019; Kakkar y Sivanathan, 2017; Redhead, Cheng, Driver, Foulsham y O'Gorman, 2018; Roberts, Palermo y Visser, 2019; Panchal y Gill, 2019; Witkower, Tracy, Cheng y Henrich, 2020). Esta perspectiva, que será utilizada en la presente investigación, define el estatus como el grado de deferencia, influencia, atención social y acceso a recursos valorados que recibe uno o más individuos de manera relativamente incuestionada (Cheng *et al.*, 2013). Considera que hay dos caminos que implican procesos psicológicos distintos para alcanzar un mayor rango social en las sociedades humanas: la dominancia y el prestigio.

La dominancia alude a la inducción del miedo a través de la intimidación y la coerción, similar a la teoría basada en el conflicto. Este criterio está presente también en especies no humanas, pues tiene su origen en la competencia agónica por recursos materiales imprescindibles para la supervivencia, que probablemente emergió para mantener los patrones de sumisión de los subordinados hacia los dominantes (Cheng *et al.*, 2013). El prestigio, por otro lado, se refiere al rango social adquirido por individuos reconocidos y valorados por sus habilidades, éxitos o conocimientos (Henrich y Gil-White, 2001). Es la segunda vía para competir y alcanzar estatus, exclusiva de la especie humana, que resulta de la vida grupal y de las capacidades de aprendizaje social. Esto se debe a la evolución de la capacidad cultural, que creó un nuevo ambiente de selección que favorece las mutaciones que mejoran la transmisión de la información social de calidad, estable y confiable. Los individuos que tienen estas habilidades son modelos muy valorados y reciben deferencias de parte del resto de integrantes, que los copian (Cheng *et al.*, 2013).

Ambas rutas son estrategias psicológicas desplegadas en ciertas situaciones, que involucran patrones emocionales, cognitivos, conductuales y motivacionales, orientados a resultados específicos. En esta línea, tales estrategias pueden coexistir simultáneamente en el mismo sujeto, dependiendo de quién juzgue (Cheng *et al.*, 2013). Por ejemplo, un jefe puede ser querido por su experticia profesional y, al mismo tiempo, temido por su capacidad coercitiva. Como parte de la competencia por el estatus, los miembros del grupo que practican actos típicos de personas con un estatus superior podrían inducir a otros miembros a actuar con patrones típicos de personas con bajo estatus (Bianchi, Lancianese y Hunter, 2006).

En el campo escolar, se sugiere que conductas como el *bullying* son instrumentales, pues son medios que aumentan el estatus (Faris y Felmlee, 2009) a través de la ruta de la dominancia, para la teoría. Según estos autores, la agresión es un mecanismo de ascenso en la mayoría de los adolescentes, con excepción de los extremos de la jerarquía social, pues los que están en la cima no necesitan usarla y los que están en los niveles más bajos no tienen los recursos para hacerlo (Faris y Felmlee, 2011), por la ruta de la dominancia.

Representaciones

Las representaciones son, considerando su definición amplia, objetos mentales con propiedades semánticas que la mente almacena, construye y transforma mediante diversos procesos (Pitt, 2012). En este sentido, el concepto representación es central para entender cómo funciona la mente y ha sido abordado desde diferentes teorías.

Para Searle (1995), hay elementos constitutivos de la sociedad, como el estatus, que se codifican de manera automática, lo que implica que los seres humanos contamos con

una estructura mental que nos hace posible entenderlas, interpretarlas y practicarlas. Searle (1995) afirma que esta estructura está compuesta por un conjunto de habilidades (*background abilities*) no intencionales o preintencionales que permiten las funciones-estatus. Las capacidades son el conjunto de tendencias, habilidades, disposiciones y estructuras causales en general, en el nivel neurofisiológico, que nos vemos forzados a explicar en niveles superiores por el poco conocimiento que tenemos sobre ellas actualmente. Se utiliza el verbo *permitir* porque las capacidades funcionan de manera causal en la producción de ciertos fenómenos intencionales. Estas habilidades actúan de manera generalizada, pues nos permiten superar el nivel de interpretación literal y pasar a un nivel más abstracto, socialmente construido, que implica un conocimiento del funcionamiento del mundo. Estos mecanismos han sido abordados desde la sociología con el concepto de *habitus* en Bourdieu y de *realismo corporal* en Shilling (Henry, 2013).

Las *background abilities* en Searle (1995) son todos los mecanismos automáticos que caracterizan al sistema 1 (S1) propuesto por Daniel Kahneman (2013), la teoría que utiliza el presente estudio. En su propuesta bimodal de los procesos cognitivos plantea, con fines descriptivos, que la mente funciona con dos sistemas: S1 y S2. El primero, como ya se ha mencionado, abarca todos los mecanismos encargados de los procesos y actividades automáticas. Por otro lado, S2 comprende el procesamiento y ejecución bajo el control de la conciencia; por lo tanto, se encarga de las acciones complejas que requieren esfuerzo cognitivo. Ambos funcionan para economizar el gasto de recursos cognitivos, pues el esfuerzo mental es aversivo para el cerebro porque consume glucosa (Kahneman, 2013).

S1 agrupa todos los mecanismos rápidos que demandan poco esfuerzo mental, habilidades innatas, conductas automatizadas, patrones automáticos de acción, recuperación de recuerdos e ideas, una parte de la memoria asociativa, las experiencias de cotidianidad, las impresiones de causalidad, sesgos e intuiciones. Sobre las últimas, Kahneman (2013) afirma que la intuición no es sino la recuperación automática de una idea que fue almacenada de la misma manera, por lo que la mente tiene mucha más información de lo que S2 cree que tiene. S1 es heurística, aplica rutas cognitivas que implican poco esfuerzo mental para resolver un problema.

Para S1, verdad es familiaridad, es decir, las experiencias e ideas que se repiten con alta frecuencia son consideradas verdaderas; la familiaridad de una frase en un enunciado puede hacer que todo su contenido parezca familiar. Kahneman (2013) propone el principio WYSIATI: "*What you see is all there is*", en español: "Lo que ves es todo lo que hay", que explica por qué la mente esboza conclusiones de manera incuestionada solo con la información disponible.

MÉTODO

Diseño de estudio

La investigación es de tipo cualitativo, de nivel exploratorio-descriptivo y de método fenomenológico (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Este diseño nos permitirá entender los factores implicados en la construcción de significados que emergen de los fenómenos intersubjetivos a través del registro de las representaciones y experiencias (Berg, 2008). Asimismo, utiliza el método fenomenológico, debido a que el concepto de representación alude no al fenómeno *per se*, sino a cómo este es vivido por el sujeto (Vieytes, 2009).

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En el presente trabajo, se utilizó la entrevista a profundidad y la entrevista de grupos focales según las características de cada participante. Esta última nos permite explorar un fenómeno desde la construcción de conocimiento intersubjetivo de los participantes como conjunto (Dilshad y Latif, 2013), que empieza con el intercambio de ideas y termina en la conceptualización de significados compartidos (Morgan, 2012; Kornblit, Verardi y Beltramino, 2009). Se aplicó también la entrevista a profundidad con los dos participantes restantes, pues esta técnica se adaptó mejor a sus características personales y, de esta manera, obtuvimos información de mayor calidad. La entrevista a profundidad es una entrevista personal no directiva que sitúa al entrevistador en una posición de *neutralité bienveillante*, que consiste en la capacidad de validar las respuestas del participante de manera amable y sin juzgarla (Berthier, 2006), lo que promueve la expresión autorreflexiva del sujeto en un espacio emocionalmente seguro (Kornblit *et al.*, 2009); por eso es ideal para abordar temas personales y sensibles (Milena, Dainora y Alin, 2008).

En ambos casos, se empleó una guía temática con el fin de abordar los contenidos planteados por el investigador y, al mismo tiempo, con la apertura necesaria para incluir elementos emergentes no planificados al momento de la aplicación (Schensul, 2008). Este instrumento fue validado por una investigadora experta en este método como una estrategia de credibilidad para los estudios cualitativos (Cypress, 2017).

Participantes

Se contó con una muestra total de diez (10) participantes, estudiantes hombres de quinto año de secundaria con una edad aproximada de 16 años ($M = 15,89$, $DE = 0,33$) de un colegio privado no mixto de Lima Metropolitana. El criterio de selección de los participantes fue el pensamiento crítico manifestado en la vida escolar mediante listas de cotejo de coordinadores y profesores; esto se debe a que los estudiantes críticos se caracterizan por tener una perspectiva autorreflexiva y consciente sobre la cotidianidad (Ennis, 2011) que

enriquece el análisis de fenómenos intersubjetivos (Eide, 2008), como es el estudio de las representaciones del estatus. En la selección de participantes se incluyó la saturación temática inductiva, que ocurre cuando ya no emergen códigos nuevos; la saturación temática *a priori*, momento en que se ejemplifican las categorías; y la saturación de data, que consiste en que la información nueva repite la antigua (Saunders *et al.*, 2018).

Procedimiento

En primer lugar, se elaboró la guía temática para las entrevistas. A continuación, se seleccionó a los participantes según su pensamiento crítico manifestado en la vida escolar, cruzando las listas de estudiantes elaboradas por miembros de la comunidad escolar. La primera nómina fue propuesta por los tutores y el coordinador del ciclo educativo; la segunda, por un profesor de ciencias sociales; y la última, por el coordinador de lenguaje y el profesor del taller de redacción. Luego, se elaboraron los consentimientos informados que fueron firmados por los padres de los participantes, se reservó la sala de entrevistas de la escuela y se programó su aplicación considerando una fecha y hora en la que los estudiantes pudieran asistir con la autorización de los profesores y autoridades correspondientes.

Una vez finalizada la coordinación de las entrevistas, se procedió a la aplicación de la entrevista de grupo focal con ocho participantes para fomentar la discusión de ideas entre los estudiantes más críticos. Después, se hicieron las entrevistas a profundidad a los dos participantes restantes. En ambos casos, se siguió la estrategia de revisión y verificación de las interpretaciones del investigador con los participantes como una medida para asegurar la credibilidad de los resultados (Cypress, 2017), así como su validez (Noble y Smith, 2015). Cada entrevista duró aproximadamente entre 60 y 70 minutos ($M = 64,67$, $DE = 5,03$). Todas las entrevistas fueron grabadas en archivos de audio y posteriormente transcritas considerando la oralidad del lenguaje y elementos contextuales (Gibbs, 2012).

Luego de la transcripción, se aplicó el análisis temático. La información obtenida se codificó en categorías, incluyendo las planteadas previamente por el investigador (Fereday y Muir-Cochrane, 2006; Fernández, 2006) y aquellas que emergieron en las entrevistas, priorizando las segundas sobre las primeras (Gibbs, 2012). Por último, se elaboraron las posibles relaciones entre las representaciones de los estudiantes con el fin de obtener hallazgos comunes considerando las diferentes narrativas.

RESULTADOS

Luego del análisis temático y la categorización del contenido, esta sección se compone, principalmente, de fragmentos literales de las entrevistas, como una efectiva técnica para asegurar la validez en los estudios cualitativos (Noble y Smith, 2015). En la primera,

se desarrollan las estrategias para ganar estatus, mientras que en la segunda se presentan aquellos factores que quitan el estatus en el grupo de estudio.

Estrategias para ganar estatus

Prestigio

El primer elemento valorado por el grupo de estudiantes es el éxito académico. Los participantes reconocen que el rendimiento académico tiene marcadores de estatus visibles dentro del sistema escolar: "Creo, en primer lugar, que la persona con el estatus más claro en la promoción es el primer puesto, porque parte de algo que está establecido y se ve, que es el sistema de notas y la posición en la promoción". "Si el primero de la promoción dice que este problema se resuelve de esta manera, nadie lo puede contradecir, porque es el primero; o si hay un ejercicio que es difícil para los primeros puestos, es difícil para todos". Además, "la gente que más se impone nunca va a querer discutir con alguien que es intelectual porque sabe que le pueden voltear la tortilla", lo que implica que las personas dominantes reconocen el estatus de los denominados *intelectuales*, dado que en una pugna verbal pueden perder valoración social.

Asimismo, los participantes afirman que la conducta prosocial, la amabilidad y el altruismo aumenta el estatus. "Si eres buena gente, eso ayuda"; "claro, los que ayudan a los demás e influyen en el grupo para bien"; "se ganan el respeto porque es también lo que busca el colegio y es reconocido por el grupo en general". Otro participante refuerza esta idea con lo siguiente: "Tú sabes que estas personas son buena gente porque te ayudaron en algún momento con un problema tuyo sin ser tu amigo cercano, y te acuerdas de eso"; es decir, estas conductas son recordadas por el grupo. "Yo creo que se trata de caerles bien a todos. Creo que lo que te da prestigio es que todos se sientan en la capacidad de hablarte, siendo tu amigo o tu compañero, incluso habiéndote peleado con él antes, pero con la seguridad de que sí te va a ayudar, sin importar la situación, el saber que la persona te va a acoger". Las conductas prosociales otorgan prestigio no solo por la aceptación dentro del grupo de estudiantes, sino porque corresponde a los objetivos de la escuela como institución: "Es lo que el colegio busca".

La competencia deportiva es también un factor que aumenta el estatus. "El deporte suma si eres bueno. Si estás en la banca, nunca juegas y eres invisible, es nulo; pero si eres, por ejemplo, una estrella en básquet, vóley o atletismo y ganas medallas, sumas, te da puntos". Otro participante dice lo siguiente: "Creo que el colegio le da mucho valor al deporte, hay reconocimientos y premios, entonces, eso también importa". Por su parte, otro estudiante afirma que "hay deportistas buena gente y otros que molestan a la gente, que son malos e intimidan porque son fuertes". Esto implica que la competencia deportiva da prestigio porque es una actividad socialmente valorada y, en algunos casos, involucra también ciertas cualidades asociadas a la dominancia como la fortaleza física.

La combinación de estos tres elementos, los más valorados por la promoción, da un mayor prestigio que solo destacar en alguno de ellos. “Si tienes un perfil integral, da un mayor estatus a nivel general, pues eres referente en varios grupos”. A lo que otro participante añade que “sí, la gente más valorada es la que hace más de una sola cosa, que destaca en más de una faceta”; “si eres intelectual y eres de los que acoge a los demás, tienes mucho más prestigio, llegas a la gente”; “ese perfil que busca el colegio de persona integral sí pesa mucho”.

Dominancia

Uno de los participantes introdujo, de manera espontánea, la dominancia como estrategia para obtener estatus: “No sé si los factores solos te dan estatus, lo que sí creo que te lo da es la personalidad de dominancia. Por ejemplo, Tomás no es el mejor en notas, no practica deportes, pero siempre sale adelante y, a pesar de que no todos estén de acuerdo con él, hace prevalecer su opinión y, aunque no lo tomen en serio, lo que él dice se hace”. Otro estudiante narra un caso de toma de decisión grupal: “Me acuerdo de que cuando estábamos viendo la casaca de promoción, al inicio preguntaban quién quería la manga de un color y todos se quedaban con la mano abajo; pero cuando veían que otros levantaban la mano, esos que siempre toman las decisiones, ya todos levantaban”. Los participantes, además, afirman que existe un grupo dominante que se caracteriza por amenazar e intimidar al resto, y que es el único cohesionado: “Tienen un nombre, H201, siempre tratan de imponerse en todas las actividades y decisiones de la promoción, te gritan e insultan si los contradices”.

Sin embargo, otro participante afirma que “estas personas dominantes, con aquellas personas que tienen una aceptación positiva en toda la promoción, saben que no pueden meterse, saben que con estas personas en particular no van a poder, saben que si se enfrentan a ellos van a perder porque toda la promoción se les va a venir encima”. Uno de sus compañeros comenta también que “ellos no son temidos por los inteligentes, porque pueden ser ridiculizados”. Afirman, finalmente, que “conforme hemos ido madurando, ya no todos quieren ser como ellos y ni los respetamos como antes”; “ellos se autodecretan como el grupo dominante, cuando no lo son, se asignan un estatus que ya no tienen”.

Uno de los miembros del grupo H201 aseveró, por el contrario, que “la gente H201 sigue siendo la más respetada de la promoción, la gente les sigue haciendo caso por miedo y también porque algunos son buena gente, otros son buenos en notas y todos hacen deporte; y que hay un grupo de gente que ha elegido el colegio para cosas de liderazgo, que creen que son los jefes de la promoción, pero en el fondo nadie los respeta”. Esto revela que los miembros de este grupo dominante mantienen y actualizan su estatus ya no solo desde la dominancia, sino también desde elementos que confieren prestigio, y que hay cierta pugna con otro grupo de estudiantes que ha ido ganando estatus por esta

vía. Por último, agrega dos factores presentes en la dominancia: el primero es la asociación de los estudiantes al consumo de sustancias psicoactivas, pues “muchas gente de la promoción piensa que los de mi grupo fuman todo el día y se meten drogas duras, pero nada que ver, es solo la imagen que quieren transmitir para dar miedo”; mientras que el segundo es el “ser sociable y relacionarse con chicas, no con cualquier tipo de gente por si acaso, eso también da estatus”.

Elementos que quitan estatus

En esta categoría, encontramos dos elementos asociados negativamente tanto con la dominancia, pues son signos de debilidad, como con el prestigio, pues constituyen características que no son valoradas por el grupo de estudio. En primer lugar, la identidad sexual no heterosexual hace que los individuos que la posean pierdan estatus. Sobre esto, los participantes concuerdan en que “ser gay sí afecta, puede hacer que incluso muchos te quiten respeto”. Sin embargo, los estudiantes sostienen que “el serlo no te quita estatus, sino lo que lo quita es tu actitud disforzada; es más que lo muestre antes que lo sea en sí”; “hay dos tipos de homosexuales, los que son tranquilos, que a ellos nadie los molesta, y los que son llamativos, a los que nadie respeta, los molestan porque la mayoría cree que un gay tiene que estar callado”. Estos extractos evidencian la heteronormatividad presente en el grupo, que genera prejuicios ante la diversidad sexual y discriminación contra aquellos sujetos que tengan una expresión de género no masculina (Kjaran, 2017).

El segundo elemento que afecta negativamente el estatus es el padecer de un problema de salud mental que no tenga signos físicos. “Si tienes algún síndrome que no sea síndrome de Down, no te van a respetar”. Sobre una situación particular con un estudiante, uno de los participantes comentó que “en tercero no salió tan bien como antes, pero ayudaba a los demás, de ahí se loqueó con algo”. Otro añade que “tuvo un cuadro de estrés serio que lo afectó socialmente, porque muchas personas en vez de tomarlo empáticamente lo tomaron de loco”. Al respecto, otro estudiante agrega que “algunas personas hasta le tuvieron un poco de odio porque ‘esta persona dice tener tal cosa y ya todos le creen’, ‘no puede ser, pues, o sea, yo me puedo tildar de loco y ya está’, porque salía de clases y esas cosas”. Incluso, uno de ellos manifestó lo siguiente: “Yo leí algo que escribió el pata y es loco, algo que nunca te hubieras imaginado; ahora, cuando conversas con él, no es que te das cuenta, pero ya no tiene una postura tan firme, sino que está abierto a todo”. Esto revela los prejuicios y la discriminación, el estigma al que son sujetos aquellos estudiantes que tienen trastornos de salud mental que no involucran secuelas físicas (Rojas, 2019).

DISCUSIÓN

Luego de analizar los resultados, se puede afirmar que las dos rutas, tanto la dominancia como el prestigio, son efectivas para lograr estatus en la promoción escolar del grupo de estudio (Cheng *et al.*, 2013). La distribución del estatus está en proceso de transición, es decir: de tener una cima conformada por un solo grupo de estudiantes dominantes a una cima compuesta por más de un grupo. En los últimos años de educación secundaria, el prestigio ha ido ganando efectividad como estrategia de ascenso en la jerarquía social frente a la dominancia, que antes era la ruta principal.

Las características más valoradas por el grupo de estudiantes, que otorgan estatus a través del prestigio, son el éxito académico, la conducta prosocial y la competencia deportiva. Los estudiantes que tienen éxito académico, denominados *intelectuales*, gozan también de un alto estatus en la promoción: su capacidad cognitiva los habilita para resolver problemas grupales y para confrontar exitosamente las agresiones verbales de los estudiantes dominantes. Asimismo, aquellos estudiantes con conductas prosociales indiscriminadas, es decir, que son altruistas y amables con todos los miembros de la promoción, sin importar el grado de cercanía interpersonal o conflictos pasados, son altamente valorados por todo el grupo, ejercen gran influencia y apoyo colectivo. Por último, los estudiantes que son deportistas destacados también poseen un alto estatus porque cuentan con el reconocimiento institucional de la escuela y el de sus pares.

Por otra parte, la dominancia, que se basa en la intimidación y agresividad (Cheng *et al.*, 2013), mantiene su efectividad, como lo demuestran estudios anteriores (Faris y Felmler, 2009; Faris y Felmler, 2011). En el presente trabajo, el grupo de estudiantes dominantes se caracteriza por conductas verbalmente agresivas, por la fortaleza física evidenciada en la competencia deportiva y por la asociación con el consumo de drogas. Además, combina su estatus con las habilidades más valoradas que otorgan prestigio, como el éxito académico y la competencia deportiva. Este grupo, conformado por trece estudiantes de la promoción, que tiene nombre propio (H201), es percibido por el resto de pares como altamente cohesionado. Se puede sugerir, igualmente, que el grupo dominante performa una masculinidad sexista, pues esta se caracteriza por la agresión, el autoritarismo y la dominancia social (Garaigordobil y Aliri, 2013).

Considerando lo desarrollado hasta aquí, es preciso señalar que la distribución del estatus no solo está en transición, sino en pugna, principalmente, entre dos grupos. El primero es el dominante, cuyo estatus se basa en conductas impositivas y verbalmente agresivas, en la fortaleza física evidenciada en la competencia deportiva y en la asociación con el consumo de drogas, mientras que el segundo es un grupo de estudiantes que combinan los elementos que dan prestigio (éxito académico, conducta prosocial y competencia deportiva), aquellos que tienen el "perfil integral", que fueron convocados por el colegio para actividades de liderazgo. Los integrantes de ambos grupos afirman

que los miembros del exogrupo se autoasignan un estatus del que carecen, que nadie les ha reconocido, aseverando que son ellos los que poseen ahora el estatus más alto. Por otra parte, es importante mencionar que la competencia deportiva incluye elementos que pertenecen a factores asociados con el prestigio, como el reconocimiento institucional y de pares, y componentes asociados a la dominancia, como la fortaleza física y la exaltación de la masculinidad (Kopelovich, 2019).

Por último, hay dos factores que quitan estatus y vuelven a un estudiante sujeto de agresión en la vida escolar. El primero es la identidad sexual no heterosexual, particularmente por tratarse de un colegio de hombres, pues la masculinidad hegemónica es necesariamente heterosexual. Sin embargo, el homosexual puede *masculinizarse* en tanto asuma expresiones de género consideradas como masculinas. En este sentido, mientras el estudiante homosexual se aleje del rol de género masculino estereotipado, y su expresión de género tienda a lo catalogado socialmente como femenino, la devaluación será mayor. Esto revela el preocupante clima heteronormativo de muchas escuelas en Latinoamérica, caracterizado por la marginación y discriminación de la diversidad sexual, específicamente, en relación con las expresiones de género (Rojas, 2019) y la necesidad de componer espacios seguros para la comunidad LGBTQ (Rojas, 2019; Bain y Podmore, 2019; Toomey, McGuire y Russell, 2012).

El segundo elemento es ser diagnosticado con un trastorno mental que no presente signos físicos. Esto lapida socialmente al estudiante, pues, al ser tratado como “loco”, es totalmente invalidado como sujeto social frente a todos los miembros de la promoción de estudiantes. El estigma sobre los trastornos de salud mental, muy presente en la región latinoamericana (Mascayano, Lips, Mena y Manchego, 2015), genera incredulidad por la falta de marcadores físicos del problema e incluso hostilidad hacia los beneficios recibidos. Esta preocupante situación revela la urgente necesidad de combatir el estigma sobre los trastornos mentales mediante programas y un currículo comprensivo (Chandra y Minkovitz, 2006; Ke *et al.*, 2014; Milin *et al.*, 2016).

CONCLUSIÓN

En suma, el estatus social escolar está en proceso de transición y pugna. Ambas estrategias, la dominancia y el prestigio, son efectivas para ganar estatus en el grupo, pero con diferentes alcances. El grupo dominante mantiene su influencia, atención y deferencias en la vida escolar por medio de la intimidación basada en agresiones verbales, fortaleza física y la asociación con el consumo de drogas. El grupo caracterizado por el prestigio, por el contrario, ha ido ganando estatus de manera progresiva definiéndose en oposición al grupo dominante a través del éxito académico, la conducta prosocial y los logros deportivos, apoyado en los reconocimientos institucionales de la escuela en estos rubros. El estatus más bajo lo poseen sujetos de discriminación por tener una identidad sexual

distinta de la heterosexual relacionada con una expresión de género femenina, así como por el estigma ante el diagnóstico de un trastorno mental que no presenta signos físicos.

REFERENCIAS

- Bain, A., y Podmore, J. (2019). Challenging heteronormativity in suburban high schools through "surplus visibility": gay-straight alliances in the Vancouver city-region, *Gender, Place & Culture*. doi: 10.1080/0966369X.2019.1618798
- Berg, B. (2008). Qualitative research in social sciences. En L. M. Given (Ed.), *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods* (1.ª ed, pp. 826-831). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Berthier, N. (2006). *Les techniques d'enquête en sciences sociales. Méthode et exercices*. París: Armand Colin.
- Bianchi, A., Lancianese, D., y Hunter, V. (2006). Gifts and social status: on-going experimental tests of behavior-status and social exchange theories. *Conference Papers. American Sociological Association, 1*.
- Chandra, A., y Minkovitz, C. S. (2006). Factors that influence mental health stigma among 8th grade adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 36*(6), 763-774. doi: 10.1007/s10964-006-9091-0
- Cheng, J. T., Tracy, J. L., Foulsham, T., Kingstone, A., y Henrich, J. (2013). Two ways to the top: evidence that dominance and prestige are distinct yet viable avenues to social rank and influence. *Journal of Personality and Social Psychology, 104*(1), 103-125. <https://doi.org/10.1037/a0030398>
- Cypress, B. S. (2017). Rigor or reliability and validity in qualitative research: perspectives, strategies, reconceptualization, and recommendations. *Dimensions of Critical Care Nursing, 36*(4), 253-263. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000253>
- Dilshad, R. M., y Latif, M. I. (2013). Focus group interview as a tool for qualitative research: an analysis. *Pakistan Journal of Social Sciences (PJSS), 33*(1), 191-198.
- Eide, P. (2008). Recruiting participants. En L. M. Given (Ed.), *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods* (1.ª ed., pp. 743-745). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Ennis, R. (2011). The nature of critical thinking: an out line of critical thinking dispositions and abilities. Recuperado de https://education.illinois.edu/docs/default-source/faculty-documents/robert-ennis/thenatureofcriticalthinking_51711_000.pdf?sfvrsn=7bb51288_2
- Faris, R., y Felmlee, D. (2009). Mean girls in the middle: network centrality, gender, and bullying in adolescence. *Conference Papers. American Sociological Association, 1*.

- Faris, R., y Felmler, D. (2011). Status struggles: network centrality and gender segregation in same and cross-gender aggression. *American Sociological Review*, 76(1), 48-73. <https://doi.org/10.1177/0003122410396196>
- Fereday, J., y Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 80-92. <https://doi.org/10.1177/160940690600500107>
- Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Butlletí LaRecerca*, 7(1), 1-13.
- Fiske, S. T., Dupree, C. H., Nicolas, G., y Swencionis, J. K. (2016). Status, power, and inter-group relations: the personal is the societal. *Current Opinion in Psychology*, 11, 44-48. doi:10.1016/j.copsyc.2016.05.012
- Garaigordobil, M., y Aliri, J. (2013). Relaciones del sexismo con justificación de la violencia, y con otras formas de prejuicio como la dominancia social y el autoritarismo. *Estudios de Psicología*, 34(2), 127-139. doi: 10.1174/021093913806751384
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Henrich, J., y Gil-White, F. J. (2001). The evolution of prestige: freely conferred deference as a mechanism for enhancing the benefits of cultural transmission. *Evolution and Human Behavior*, 22(3), 165-196. doi:10.1016/s1090-5138(00)00071-4
- Henry, S. E. (2013). Bodies at home and at school: toward a theory of embodied social class status. *Educational Theory*, 63(1), 1-16. doi: 10.1111/edth.12006
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). México D. F.: McGraw-Hill.
- Kahneman, D. (2013). *Thinking, fast and slow*. Nueva York, NY: Farrar, Straus and Giroux.
- Kakkar, H., y Sivanathan, N. (2017). When the appeal of a dominant leader is greater than a prestige leader. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(26), 6734-6739. doi: 10.1073/pnas.1617711114
- Kakkar, H., Sivanathan, N., y Gobel, M. (2019). Fall from grace: the role of dominance and prestige in the punishment of high-status actors. *Academy of Management Journal*, 63(2). doi: 10.5465/amj.2017.0729
- Ke, S., Lai, J., Sun, T., Yang, M. M. H., Wang, J. C. C., y Austin, J. (2014). Healthy young minds: the effects of a 1-hour classroom workshop on mental illness stigma in high school students. *Community Mental Health Journal*, 51(3), 329-337. doi: 10.1007/s10597-014-9763-2
- Kjaran, J. I. (2017). The institutionalization of heteronormativity in schools. En *Constructing sexualities and gendered bodies in school spaces* (pp. 97-146). Nueva York, NY: Palgrave Macmillan.

- Kopelovich, P. (2019). Fútbol como práctica de exaltación de masculinidades: el caso de un colegio secundario de sectores medios de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, 55. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/90119>
- Kornblit, A., Verardi, M., y Beltramino, F. (2009). El uso de las metodologías cualitativas en los estudios sobre drogadicción. En A. Merlino (Coord.), *Investigación cualitativa en ciencias sociales* (pp. 85-108). Buenos Aires: Cengage Learning.
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.
- Mattan, B. D., Kubota, J. T., y Cloutier, J. (2017). How social status shapes person perception and evaluation: a social neuroscience perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 12(3), 468-507. <https://doi.org/10.1177/1745691616677828>
- Milena, Z. R., Dainora, G., y Alin, S. (2008). Qualitative research methods: a comparison between focus-group and in-depth interview. *Annals of the University of Oradea, Economic Science Series*, 17(4), 1279-1283.
- Milin, R., Kutcher, S., Lewis, S. P., Walker, S., Wei, Y., Ferrill, N., y Armstrong, M. A. (2016). Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high school students: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(5), 383-391.e1. doi: 10.1016/j.jaac.2016.02.018
- Morgan, D. (2012). Focus group and social interaction. En J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti y K. D. McKinney (Eds.), *The SAGE handbook of interview research* (pp. 161-176). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Noble, H., y Smith, J. (2015). Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evidence Based Nursing*, 18(2), 34-35.
- Panchal, S., y Gill, T. (2019). When size does matter: dominance versus prestige based status signaling. *Journal of Business Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.03.047>
- Pitt, D. (2012). Mental representation. En E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford encyclopedia of philosophy*. Recuperado de <https://plato.stanford.edu/cgi-bin/encyclopedia/archinfo.cgi?entry=mental-representation>
- Rahal, D., Chiang, J. J., Bower, J. E., Irwin, M. R., Venkatraman, J., y Fuligni, A. J. (2019). Subjective social status and stress responsivity in late adolescence. *Stress*, 1-10. doi: 10.1080/10253890.2019.1626369
- Redhead, D. J., Cheng, J. T., Driver, C., Foulsham, T., y O'Gorman, R. (2018). On the dynamics of social hierarchy: a longitudinal investigation of the rise and fall of prestige, dominance, and social rank in naturalistic task groups. *Evolution and Human Behavior*, 40(2). doi: 10.1016/j.evolhumbehav.2018.12.001

- Roberts, A., Palermo, R., y Visser, T. A. W. (2019). Effects of dominance and prestige based social status on competition for attentional resources. *Scientific Reports*, 9, 2473. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-39223-0>
- Rojas, E. (2019). Heteronormatividad escolar en México: reflexiones acerca de la vigilancia y castigo de la homosexualidad en la escuela. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 33, 180-199. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.10.a>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Bourroughs, H., y Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893-1907. doi: 10.1007/s11135-017-0574-8
- Schensul, J. (2008). Methodology. En L. M. Given (Ed.), *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods* (1.ª ed, pp. 516-521). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Searle, J. (1995). *The construction of social reality*. Londres: Penguin Philosophy.
- Sweeting, H., y Hunt, K. (2014). Adolescent socio-economic and school-based social status, health and well-being. *Social Science & Medicine*, 121, 39-47. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.09.037
- Toomey, R. B., McGuire, J. K., y Russell, S. T. (2012). Heteronormativity, school climates, and perceived safety for gender nonconforming peers. *Journal of Adolescence*, 35(1), 187-196. doi: 10.1016/j.adolescence.2011.03.001
- Vieytes, R. (2009). Campos de aplicación y decisiones de diseño en la investigación cualitativa. En A. Merlino (Coord.), *Investigación cualitativa en ciencias sociales* (pp. 43-83). Buenos Aires: Cengage Learning.
- Witkower, Z., Tracy, J. L., Cheng, J. T., y Henrich, J. (2020). Two signals of social rank: Prestige and dominance are associated with distinct nonverbal displays. *Journal of Personality and Social Psychology*, 118(1), 89-120. <https://doi.org/10.1037/pspi0000181>

RESEÑAS / BOOK REVIEWS

Persona, 23 (1), junio del 2020

Universidad de Lima

Facultad de Psicología

Alarcón, R. (2019).

Introducción al saber psicológico.

Lima: Universidad Ricardo Palma, 372 pp.

Reynaldo Alarcón fue un psicólogo renombrado en el Perú y América Latina que fue laureado por sus contribuciones a la psicología peruana y latinoamericana con el Premio Nacional de Psicología, el Premio al Psicólogo del Milenio, el Premio Interamericano de Psicología y doctorados *honoris causa* en diversas casas de estudio. Fue el principal promotor de diversas líneas de investigación en el Perú, como la psicometría, la historia de la psicología, la etnopsicología y la psicología positiva. Estuvo vinculado a diversas instituciones como la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Sociedad Peruana de Psicología, el Instituto de Investigación Educativa, la Sociedad Interamericana de Psicología, la Universidad Ricardo Palma y la Sociedad Peruana de Psicología Positiva, de la cual fue fundador.

La obra de Alarcón ha tenido gran influencia en la comunidad académica peruana e internacional. Sin embargo, no ha dejado de lado el constante interés por acercar la psicología científica a un público no especializado. En el 2019, se publicó *Introducción al saber psicológico*, en el que se reúne numerosos artículos escritos desde la década de 1970, y que aparecieron en periódicos y revistas como *El Comercio*, *La Prensa*, *Hoy* y *Pirámide*. Estos trabajos versan sobre temas relativos a los efectos del subdesarrollo económico en el comportamiento y el desarrollo psicológico, la sexualidad humana, la psicología como ciencia, el desarrollo infantil, la psicología como profesión, la síntesis experimental del comportamiento, la felicidad, la psicología positiva y el análisis de influyentes psicólogos como Wundt, Blumenfeld y Díaz Guerrero. Este libro incluye también algunos artículos inéditos.

Los textos de Alarcón son producto de sus propias indagaciones y preocupaciones, con temáticas centrales de la sociedad peruana, primero, bajo la dirección de Walter Blumenfeld y luego como formador de varias generaciones de psicólogos, a quienes entregó las lecciones más valiosas para el desarrollo de la psicología como ciencia y profesión. Si bien estos trabajos permitían la lectura de un público más amplio, siempre muestran la rigurosidad de la psicología como ciencia, recurriendo a la investigación en diversos campos de la disciplina, como la psicología clínica, educativa, social, histórica y deportiva.

Introducción al saber psicológico aborda temas aún vigentes y complementa la extensa bibliografía del autor; asimismo, pone a disposición de los lectores y los interesados en su vida y obra artículos que antes se encontraban dispersos. Sin embargo, este esfuerzo no es suficiente para cubrir la extensa producción de tan querido psicólogo peruano. Posiblemente nuevas producciones suyas rescaten obras que han sido publicadas en revistas y documentos, históricamente relevantes, pero de difícil acceso. Por ello, este libro refleja también la labor de recuperación de materiales de relevancia histórica para la psicología peruana, que esperamos continúe por parte de la casa editorial.

Walter Arias

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS E INSTRUCCIONES PARA LAS COLABORACIONES

Persona, 23 (1), junio del 2020

Universidad de Lima

Facultad de Psicología

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

Persona es la revista de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima, de frecuencia semestral. Su objetivo es dar a conocer contribuciones, tanto del país como del extranjero, que constituyan un aporte significativo al conocimiento y a la comprensión de los problemas teóricos de la ciencia psicológica, así como también al de los fenómenos psicosociales.

Persona no se adhiere ni representa a ninguna teoría psicológica en particular, sino que acepta para su revisión aquellos manuscritos que se caractericen por la indagación teórica rigurosa, el cuestionamiento sistemático de supuestos y planteamientos de la psicología; y, en el caso de estudios empíricos, por la relevancia del tema tratado, la rigurosidad metodológica y la discusión crítica de los resultados.

Todos los manuscritos remitidos a *Persona* deben ser inéditos y enviados a través del portal. Una vez recibidos, serán sometidos a un proceso de arbitraje, usual en las publicaciones académicas.

INSTRUCCIONES PARA LAS COLABORACIONES

Persona recibe manuscritos para su evaluación y publicación en forma de artículos, según las normas de la American Psychological Association (APA), en su sexta edición. Se admiten cinco tipos de artículos:

1. Artículos teóricos: ensayos que tienen como objetivo revisar la literatura existente en la ciencia y promover su avance. Los autores pueden examinar una teoría o proponer nuevas, mostrando la superioridad de unas con respecto a otras. Igualmente, los temas pueden ser diversos y los estilos variados; sin embargo, el formato será el de ensayo formal, según la norma de APA. Este formato debe incluir:

- Título.
 - Autor, afiliación académica o institucional, ciudad, país, correo electrónico de contacto (en el caso de varios, consignar los mismos datos, salvo el de correo electrónico, que será uno solo).
 - Resumen (entre 100 y 120 palabras).
 - Palabras clave (entre 3 y 5).
 - Ensayo dividido en secciones.
 - Referencias en formato APA (solo de citas expresamente indicadas en el texto).
2. Artículos metodológicos: trabajos de revisión de enfoques de métodos empleados, que pueden ser adaptados, modificados o eliminados porque se les considera inadecuados. Aun cuando no es propiamente un trabajo práctico, se sugiere incluir datos empíricos para ilustrar la propuesta metodológica. Debe contener lo siguiente:
- Título.
 - Autor, afiliación académica o institucional, ciudad, país, correo electrónico de contacto (en el caso de varios, consignar los mismos datos, salvo el de correo electrónico, que será uno solo).
 - Resumen (entre 150 y 200 palabras).
 - Palabras clave (entre 3 y 5).
 - Ensayo dividido en secciones.
 - Referencias en formato APA (solo de citas expresamente indicadas en el texto).
3. Artículos de reporte de estudios empíricos: informes de trabajos de investigación de corte experimental. El formato estándar incluye las siguientes partes:
- Título.
 - Autor, afiliación académica o institucional, ciudad, país, correo electrónico de contacto (en el caso de varios, consignar los mismos datos, salvo el de correo electrónico, que será uno solo).
 - Resumen (entre 100 y 120 palabras).
 - Palabras clave (entre 3 y 5).
 - Introducción.
 - Participantes.
 - Instrumentos.

- Procedimiento.
 - Resultados.
 - Discusión y conclusiones.
 - Referencias en formato APA (solo de citas expresamente indicadas en el texto).
 - Las tablas y figuras deberán estar claramente numeradas, y se entregarán en archivo separado. Deben tener título y ser fáciles de interpretar, independientemente del texto. En el caso de las figuras, se sugiere evitar fondos oscuros o líneas y sombras que impidan leer con claridad. Asimismo, las imágenes digitales deben tener una resolución mínima de 300 dpi.
4. Artículos de revisión de literatura: evaluación crítica de trabajos realizados y propuestas de cambios pertinentes, producto del análisis. Llamado también metaanálisis, permite revisar el análisis sobre un fenómeno conductual particular. El estilo de redacción también será el de ensayo académico y tendrá secciones similares a las de los teóricos.
 5. Artículos de estudio de casos: reportes de materiales de casos, individuales o grupales, como resultado de la práctica profesional. Constituyen testimonios de problemas o propuestas de solución en la ciencia y la profesión. La sistematización puede realizarse en diversos estilos. La presentación de la parte formal seguirá el estilo de los artículos teóricos.

Referencias

Se deben elaborar teniendo como guía la sexta edición del manual de APA. Se tienen que proporcionar los nombres completos de las revistas científicas y, si es posible, su origen, pues varias tienen el mismo nombre, y su número doi. Como señala el referido manual, se evitará incluir notas a pie de página y referencias de obras no indicadas explícitamente en el texto.

Extensión de las contribuciones

La extensión usual es de veinte páginas. No se aceptarán manuscritos de más de treinta y cinco páginas, excluyendo el resumen, las figuras, tablas y referencias.

Formato de los archivos

Las colaboraciones inéditas deben presentarse en formato digital (MS Word) a doble espacio, en letra Times New Roman de 12 puntos. Los párrafos se justifican con espacios, no con sangría. Evitar tabulaciones, sombreados o cursivas, salvo indicación expresa.

Envío de colaboraciones

El envío de los artículos para su publicación en *Persona* debe realizarse mediante el portal de revistas de la Universidad de Lima: <https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/about/submissions#authorGuideline>

Evaluación de colaboraciones

Los colaboradores recibirán una notificación de la recepción de su artículo siete días después del envío. En el plazo de treinta días, se emitirá un informe de aceptación, de aceptación con observaciones, o de rechazo. En los tres casos, se indicará explícitamente las razones que justifican el resultado. Todo trabajo será remitido a una evaluación por pares, quienes, a partir de un protocolo y guía, emitirán el respectivo informe. El plazo máximo para el envío del informe a los colaboradores es de treinta días desde la recepción del manuscrito. En caso de aceptación con observaciones, los colaboradores tendrán un plazo de quince días, desde el envío de la respuesta, para mandar el manuscrito corregido.

Esta revista se terminó de imprimir en junio del 2020
en Tarea Asociación Gráfica Educativa
Pasaje María Auxiliadora 156 - Breña
Lima, Perú

Teléfono: 332-3229 / 424-8104 / 424-3411
Correo electrónico: tareagrafica@tareagrafica.com



Los trastornos de la
personalidad desde una
perspectiva dimensional

Las habilidades sociales
y el uso de redes sociales
virtuales en estudiantes
de quinto grado de secundaria
de instituciones educativas
estatales y no estatales
de Lima Metropolitana

Factibilidad de un programa
de *mindfulness* en pacientes
oncológicos del Perú:
un estudio piloto aleatorizado

Significados del cuerpo y la
salud en el contexto de los
estilos de vida modernos

Escuelas promotoras de la
salud: un programa
multicomponente para prevenir
los riesgos conductuales en
adolescentes (2014-2017)

Representaciones del estatus
social en estudiantes de último
año de educación secundaria en
un colegio privado en Lima
Metropolitana

ISSN 1560-6139

