

Revista Mensual

ID\_ORCID\_ 0000-0002-4385-4407



19 de Noviembre: Día Mundial de Conmemoración de las Víctimas del Tránsito.



La memoria no se agota en la conmemoración de cierta secuencia de hechos reconocidos por la historia oficial, sino que brinda la posibilidad de narrar y visibilizar lo que no estaba contemplado en ese libreto. Recorre las iniciativas de personas, colectivas y organizaciones que construyen memoria en México, rompiendo la hegemonía de la historia y el Estado. 

Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco, México. Noviembre de 2025.



## Comité Editorial 2024-2026

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| Dr. José Francisco Reyes Rodríguez      | Presidente                      |
| Mtra. Silvia Katiuska Meza Huizar       | Directora                       |
| Lic. Leidi Faisury Perea Tegüe          | Coordinadora General            |
| Mtro. Fernando Alonso Sánchez Llamas    | Coordinador Editorial           |
| Psic. Cecilia Verónica Jiménez Alvarado | Coordinadora de Medios y Enlace |
| Mtra. Patricia Ortiz Méndez             | Comunicación Social             |

## Directorxs de las Divisiones de la Revista Esquemas de la Psicología

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Mtra. Ana Laura Telles Martínez   | División de Psicología Clínica            |
| Dra. Elvia Alexandra Valadez      | División de Psicología del Deporte        |
| Mtra. Andrea Yatzil Lamas Sánchez | División de Psicología de la Diversidad   |
| Psic. Amabel Alatorre Rea.        | División de Psicología Educativa          |
| Mtro. Daniel Carrillo Olague      | División de Psicología Forense y Jurídica |

### NOTA ...

Uso de la figura del Mentor, dentro de los Artículos de los autores originales; el propósito es asociarle con una persona Profesional y otra(s) en proceso formativo. Este tipo de relación busca mayor horizontalidad, es decir, que le permita al autor del artículo, la publicación sin afectar sus derechos de Autor; permite recibir el acompañamiento, la revisión y depuración de sesgos, corrección en la redacción, que por ende genere certidumbre al lector.



# Tópicos Actuales en Psicología



Fuente: Elaboración Propia.

- ψ Autoempleo del Profesionista
- ψ [Ciencias de la Salud Ocupacional](#)
- ψ Derechos de las y los usuarios de los Servicios en Salud Mental
- ψ [Nuevas Masculinidades](#)
- ψ Peritaje y Psicología
- ψ [Psicología de las Adolescencias](#)
- ψ Psicología de la Adultez
- ψ [Psicología Ambiental](#)
- ψ Psicología Clínica
- ψ [Psicología y Comics](#)
- ψ Psicología y Contexto Sociocultural
- ψ [Psicología del Deporte](#)
- ψ Psicología Educativa
- ψ [Psicología y Economía](#)
- ψ Psicología de las Emergencias
- ψ [Psicología y Estilos de Vida Saludable](#)
- ψ Psicología y Ética
- ψ [Psicología Forense](#)
- ψ Psicología Geriátrica
- ψ [Psicología Infantil](#)
- ψ Psicología e Interculturalidad
- ψ [Psicología e Internet](#)
- ψ Psicología Jurídica
- ψ [Psicología y Justicia Alternativa](#)
- ψ Psicología y Mediación Escolar
- ψ [Psicología y Movilidad](#)
- ψ Psicología de la Mujer
- ψ [Psicología y las Neurociencias](#)
- ψ Psicología Organizacional
- ψ [Psicología y Diversidad](#)
- ψ Psicología de la Pareja
- ψ [Psicología y Políticas Públicas](#)
- ψ Psicología Positiva
- ψ [Psicología de la Salud](#)
- ψ Psicología Social
- ψ [Psicología y Tanatología](#)
- ψ Sexualidad y Psicología





## Contenido

| Secciones de la revista.   | página |
|--|--------|
| Introducción.  | 05     |
| <b>Artículos</b>   |        |
| Un Punto de vista crítico a la Psicología del Dolor y el Malestar.                               | 07     |
| <b>CRÓNΨCAS.</b>   |        |
| Trastornos del estado de ánimo y manifestaciones psicóticas.                                     | 19     |
| Transformando el Aula de Bachillerato: Evaluación Innovadora, Aprendizaje Activo y Gamificación. | 32     |
| Los Proyectos de Innovación social y la inferencia de las Habilidades Socioemocionales.          | 37     |
| <b>Ciencias de la Salud Ocupacional</b>  |        |
| Prevalencia del Síndrome de Fatiga Ocular (SFO).   | 41     |
| <b>Objetivos de Desarrollo Sostenible</b>  |        |
| Momento Humorístico  | 48     |
| <b>Calendario de la Salud Universal.</b>   |        |
| Líneas de Atención Psicológica   | 53     |
| Requisitos para la Recepción de Artículos  | 54     |
| Profesionales que apoyan en la publicación de Artículos (Mentores).                              | 55     |
| Contáctanos <a href="#">#esquemasdelapsicologiaenlas3d3ssociales</a>                             | 56     |
| <b>Referencias.</b>  |        |
| Mensaje Institucional  | 59     |
| <b>Anexos</b>  | 60     |

Nuestra Revista está construida de una opinión colectiva de distintos autores, por lo tanto existen criterios independientes, profesionales, y algunos originados desde el nivel práctico, que no representa necesariamente el criterio de **ESQUEMAS DE LA PSICOLOGÍA**, sin embargo, se procura que sean artículos e ideas de orden deontológico y con apego a una Cultura de Paz.



## Introducción.

Este ejemplar de noviembre de 2025 se inscribe en un contexto de transformaciones sociales, educativas y sanitarias, que nos invitan a repensar críticamente las formas en que comprendemos la salud, el malestar y el bienestar humano.

En coherencia con este escenario, continuamos afinando nuestro formato editorial con la intención de fortalecer el diálogo con nuestras lectoras y lectores, sin perder la esencia reflexiva, ética y científica que distingue a esta Revista.

Hablar de Salud Mental, educación y bienestar psicosocial no solo es pertinente, sino urgente. Estos ejes constituyen pilares fundamentales para comprender las dinámicas modernas del sufrimiento humano, los procesos de aprendizaje y los desafíos colectivos que enfrentan nuestras comunidades.

Desde una mirada crítica, humanista y sustentada en la evidencia, este número invita a reflexionar, sentir y actuar de manera consciente frente a realidades complejas y cambiantes.

En este sentido, los cambios no se conciben como rupturas, sino como oportunidades para redefinir el rol y la

práctica de las y los profesionales de la Psicología, la Educación y la Salud.

Reafirmamos el compromiso con la divulgación del conocimiento, la reflexión social y la promoción de una Cultura de Paz, entendiendo que el pensamiento crítico y la responsabilidad ética son herramientas esenciales para la transformación social.

Los Profesionales, compartimos la responsabilidad de generar espacios de análisis, intercambio y aprendizaje que inspiren, acompañen y fortalezcan la calidad humana en los distintos contextos de intervención. Bajo esta premisa, en esta edición presentamos una serie de contribuciones que abordan problemáticas actuales desde enfoques diversos, integrando investigación, experiencia profesional e innovación social.

Iniciamos con un punto de vista crítico: **Un Punto de vista crítico a la Psicología del Dolor y el Malestar**, que invita a cuestionar las ideas tradicionales del sufrimiento psíquico y a abrir el diálogo hacia comprensiones más integrales, sensibles al contexto y a la experiencia subjetiva.

En continuidad, se aborda el tema: **Trastornos del estado de ánimo y**



manifestaciones psicóticas, ofreciendo un análisis que articula dimensiones clínicas, sociales y humanas del padecimiento mental.

Desde el ámbito educativo, este número presenta: Transformando el Aula de Bachillerato: **Evaluación Innovadora, Aprendizaje Activo y Gamificación**, como vías para favorecer la participación, la motivación y el desarrollo integral del estudiantado.

De manera complementaria, se analiza: **Los Proyectos de Innovación social: aplicado a las Habilidades Socioemocionales**, destacando su impacto en la construcción de comunidades más empáticas, resilientes y colaborativas.

El campo de la Salud Ocupacional, incluye el tema: **Prevalencia del Síndrome de Fatiga Ocular (SFO)**, visibilizando una problemática emergente vinculada a las nuevas formas de trabajo, la sobreexposición a pantallas y sus implicaciones para la salud física y mental.

Asimismo, continuamos con la reflexión en torno a la **Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible**, analizando sus desafíos y oportunidades para América Latina y el Caribe desde

una perspectiva crítica y contextualizada.

Este ejemplar se complementa con espacios de divulgación accesible y cercana, como el **Calendario de la Salud Universal** y un momento humorístico, que reconocen la importancia del bienestar emocional, la creatividad y el equilibrio como parte fundamental de la experiencia humana y profesional.

Con este número, reafirmamos nuestro compromiso con la actualización constante, el rigor académico y la generación de propuestas que impulsen cambios significativos en los ámbitos de la salud, la educación y la intervención social (incluyendo nuestra revista). Creemos firmemente que el conocimiento compartido, cuando se construye desde la ética y la sensibilidad humana, se convierte en una herramienta poderosa para la transformación colectiva.

Porque, como nos recuerda Galeano, “*la historia continúa, más allá de nosotros*”, seguimos avanzando con responsabilidad, conciencia y una profunda convicción humanista, apostando por comunidades más saludables, reflexivas y resilientes.



# Un Punto de vista crítico a la Psicología del Dolor y el Malestar.

● 1. Mtro. Miguel Ángel Castillo y Mtro. Guillermo Joaquín Jiménez Mercado.

## CRÓNICAS

Trataremos de proponer este artículo con una revisión crítica de como la Psicología contemporánea, especialmente en sus vertientes clínicas y populares, han pretendido individualizar el sufrimiento humano.

El sufrimiento humano es una experiencia compleja que abarca dimensiones físicas, emocionales, psicológicas, sociales y hasta existenciales. No hay una sola definición, pero la podemos conceptualizar como una vivencia de dolor, angustia o malestar profundo que afecta a la persona en su integridad.

Desde la Psicología se asocia a procesos emocionales o mentales como el trauma, la depresión, el duelo y el estrés. Algunas corrientes lo abordan como un síntoma a tratar, mientras que otras como la humanista y existencial lo ven como una dimensión inevitable y significativa de la experiencia humana.

Desde la religión y espiritualidad, a menudo lo interpretan como una prueba, castigo, karma, redención o camino a la trascendencia. Por ejemplo, en el budismo, el sufrimiento es una verdad central de la existencia.

No obstante, desde la filosofía se plantea el sufrimiento como parte inherente a la condición humana, por ejemplo, Nietzsche ve el sufrimiento como una fuente de transformación, Schopenhauer lo considera inevitable en la vida y para los existencialistas como Sartre o Camus, el sufrimiento surge del absurdo o del enfrentamiento con la libertad y la muerte.

Desde la psicología dinámica, el sufrimiento humano es un tema central y complejo, ya que no se ve simplemente como un malestar que hay que eliminar, sino como una manifestación del conflicto psíquico que puede tener múltiples causas y sentidos.



El psicoanálisis plantea que, el sufrimiento es un producto del conflicto inconsciente, así Freud manifiesta que proviene del conflicto entre el Ello, el Yo y el Súper yo, debido que hay un choque entre lo que se desea, lo que se puede hacer y lo que se cree que se debe ser, por lo que, ante tal situación, aparece el malestar psíquico.

El síntoma como puede ser la fobia, la compulsión, la inhibición, la angustia, entre otros es una forma de sufrimiento, pero para el psicoanálisis es una solución inconsciente a un conflicto, por eso no busca suprimir síntomas, sino comprender su origen y su función psíquica.

Por otra parte, desde Lacan, el sufrimiento también puede ser como una forma de estructuración del deseo, que nunca se satisface plenamente. Manifiesta que el sujeto humano está marcado por la falta (el deseo del otro) y esa falta es constitutiva, sufrimos porque deseamos, pero el deseo nunca se colma completamente.

Por lo tanto, y regresando al psicoanálisis, el sufrimiento no es solo un problema por eliminar, sino una vía para explorar la verdad del sujeto, los conflictos que lo habitan y la historia que lo ha constituido, en donde la tarea, no

es evitar el sufrimiento, sino darle un sentido y finalmente transformarlo.

Desde una perspectiva crítica se afirma que mucho del sufrimiento humano no es natural ni interno, sino que es producido por estructuras injustas como la desigualdad, la opresión o el neoliberalismo.

Tratando de estructurar una definición integradora, diríamos que el sufrimiento humano es una vivencia profundamente perturbadora que puede surgir del dolor físico, el conflicto emocional, la perdida, la injusticia o la falta de sentido y que moviliza al individuo en busca de alivio, resignificación o transformación.

Existe una psicologización del malestar, ya que desde lo crítico notamos que se promueve una visión despolitizada del sufrimiento, señalando como único responsable de su sufrimiento al sujeto, en lugar de cuestionar cuales son las estructuras que lo producen como pueden ser: el capitalismo, el neoliberalismo, el patriarcado y el racismo sistémico.

Reiteramos, que el sufrimiento, lejos de ser únicamente una experiencia personal o un problema clínico, está atravesado por relaciones de poder, discursos normativos y estructuras sociales.



Desde una postura crítica exige no solo escuchar al sujeto que sufre, sino también interrogar el mundo que lo hace sufrir, hay que tener claro que desnaturalizar el dolor, en última instancia, es un acto ético y político.

Estructuralmente, el capitalismo genera condiciones que favorecen el sufrimiento, como pueden ser: La desigualdad económica, debido a que la acumulación de riqueza en pocas manos y la precarización de la mayoría crea angustia, exclusión y frustración.

Sumando a lo anterior, la inseguridad laboral, que está implicada por la lógica de la competencia y productividad extrema que favorece la incertidumbre laboral; así como la explotación donde las relaciones laborales se basan en la maximización de beneficios, muchas veces a costa de la salud física y mental de los trabajadores.

La alienación hace que los sujetos pierdan el sentido, ya que el trabajador no se reconoce en lo que produce, pierde sentido y creatividad, donde su vida y su cuerpo se convierten en recursos que deben ser útiles, eficientes y

rentables, provocándole una sensación de vacío, desconexión y deshumanización.

Así, el fracaso se vive como una culpa individual, ocultando las condiciones sociales que lo generan, apareciendo signos de sufrimiento silencioso con síntomas como: depresión, ansiedad y burnout<sup>1</sup>. Si no se triunfa es por la ineptitud de la persona.

No queríamos utilizar el término bienestar, por el manejo que políticamente se tiene, pero existe una mercantilización de esa palabra, ya que la salud mental se convierte en producto, donde el malestar se patologiza para ser tratado como bienes de consumo y se vende la felicidad como una meta individual, despolitizando las causas reales del sufrimiento colectivo.

Aunque no lo aceptemos como tal, se da un control social utilizando el sufrimiento, es así como el malestar cumple una función política, ya que personas cansadas, insolventes o culpabilizadas son proclives al control, es decir, el sufrimiento desvía la atención de la injusticia estructural y bloquea la acción colectiva.

---

<sup>1</sup> Según la Organización Mundial de la salud (OMS), el burnout es un síndrome resultante del estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido

gestionado con éxito. No se considera una enfermedad, pero si un fenómeno ocupacional que puede afectar la salud física y mental.



Así el poder, juega un papel central en la producción del sufrimiento humano, ya que reiteramos que no es solo una experiencia personal, sino que es una construcción social profundamente relacionada con relaciones de poder.

Las condiciones de pobreza, exclusión, desigualdad y discriminación que sufren millones de personas no son casuales, sino son el resultado de estructuras de poder político, económico y social; estados autoritarios, sistemas carcelarios, instituciones psiquiátricas, espacios legislativos y escolares, pueden ejercer y de hecho lo ejercen logrando oprimir y generar sufrimiento físico y/o psíquico.

Las estructuras de poder tienen la capacidad de silenciar e invisibilizar el sufrimiento ajeno, como sucede con los grupos de migrantes, personas racializadas, gente pobre, los cuales suelen ser minimizados o ignorados socialmente.

De hecho, someter, dominar, castigar, humillar son las herramientas que usa el poder para mantener el orden e imponer obediencia, como dice Foucault generan cuerpos dóciles mediante formas sutiles de sufrimiento y venganza.

Obviamente el poder actúa a nivel psicológico y subjetivo, las normas adjudicadas por ejemplo a la belleza, al éxito y al género se convierten en fuentes internas de sufrimiento cuando las personas simplemente no encajan en ellas.

La dinámica de interiorización del poder como suele ser la culpa, la vergüenza y la autocensura, logran hacer que el sujeto sufra sin necesitar vigilancia externa y extrema.

A pesar de todo en contra, siempre van a generarse resistencias, lo que indica que el sufrimiento puede movilizar la crítica y resistencia al poder; las luchas sociales surgen en muchas ocasiones como respuesta al dolor colectivo, como pueden ser el feminismo, los derechos humanos, los movimientos indígenas, entre otros, para tal efecto, el primer paso es nombrar sufrimiento y vincularlo a las estructuras de poder para poder iniciar el camino al cambio.

Aunque hemos estado hablando de dolor, sufrimiento y malestar como algo similar, es necesario diferenciarlos, que, aunque están relacionados, no son lo mismo.

Definimos el dolor de manera muy concreta, como una experiencia sensorial y física desagradable que



ocurre cuando hay daño o amenaza al cuerpo, como ejemplo puede ser una herida o una enfermedad, siendo su naturaleza de tipo fisiológica, concreta y localizada, su origen es el cuerpo y es mediado por el sistema nervioso y su duración puede ser agudo o crónico.

Por otra parte, el sufrimiento se entiende como una experiencia emocional, psicológica o existencial de malestar profundo, que puede incluir angustia, tristeza, desesperación, ansiedad y vacío.

Su naturaleza es subjetiva e interpretativa, y su origen puede derivarse del dolor, pero también de situaciones emocionales y sociales como las perdidas, los traumas, la desigualdad, y el sentido de la vida y pueden persistir incluso sin dolor físico.

En cambio, el malestar se entiende como la sensación general de incomodidad o desagrado, ya sea física o emocional y puede ser leve o moderada y por lo regular es transitoria.

En resumen, en cuanto a estas diferencias, el dolor es físico y concreto, y el sufrimiento es emocional, mental y existencial, mientras que el malestar se refiere a la incomodidad.

Por todo lo anterior, hoy se ha determinado que existe una psicologización del malestar y consiste

en reducir el sufrimiento humano a explicaciones individuales, emocionales o mentales, ignorando los factores históricos, sociales y materiales que lo generan. Es decir, es una forma para que el Estado y su poder se lave las manos para evadir responsabilidad causal en dicho fenómeno.

En las últimas décadas, esta tendencia es global, y se enfoca en reducir el sufrimiento humano, la angustia existencial y los malestares sociales en términos psicológicos y psiquiátricos, este proceso se le conoce como la psicologización del malestar, y lo cual implica analizar y comprender estas problemáticas como fenómenos cuyas causas no parten de las estructuras tanto económicas, políticas y culturales, es decir, como si fueran trastornos totalmente individuales.

Desde una mirada neoliberal se promueve la cultura del rendimiento y la auto exigencia, donde claro está, el fracaso personal se percibe como culpa e inefficacia individual. Es decir, en vez de verse como resultado de condiciones colectivas, como las crisis económicas, la violencia estructural, e injusticias sociales hoy se abordan como disfunciones psicológicas que requieren terapia, medicamentos y autoayuda.



A todo esto, claro que se generan consecuencias, debido a que la psicologización convierte el dolor social en enfermedad mental, por lo que, se pierde su dimensión política, es decir, se individualiza lo colectivo.

La industria farmacéutica se enriquece exponencialmente debido a que se incrementa el uso de psicofármacos para "normalizar"<sup>2</sup> a los sujetos, sin que esto, transforme su realidad, además, que las personas son etiquetadas, en una palabra, estigmatizadas con diagnóstico que no consideran su contexto vital.

Al mismo tiempo, se extiende toda una gama de mercado de terapias, coaching y farmacología que responde más al consumo que a una reflexión ética o crítica.

Un primer paso como alternativa crítica es, politizar el malestar, partiendo desde el psicoanálisis crítico, la sociología o la psicología comunitaria, donde se propone reconectar el sufrimiento con lo social, entendiendo que el malestar no siempre es signo de enfermedad, sino a veces una señal de que algo en el orden social no funciona.

Si lo anterior se reconoce, permite abrir caminos hacia la resistencia, la organización colectiva y la transformación.

En concreto, la psicologización del malestar es una estrategia ideológica que sirve al orden establecido, al permitir desactivar las posibilidades de crítica y acción colectiva. Por lo tanto, es necesario recuperar una lectura más compleja del sufrimiento humano, que permita articular lo subjetivo con lo estructural, lo íntimo con la política.

La participación de los medios de comunicación y las redes sociales en la psicologización del malestar es clave para entender cómo se construyen y difunden ciertas narrativas sobre el sufrimiento humano, la salud mental y las formas de afrontamiento, como puede ser la individualización del malestar, la promoción de discursos médico y psicológicos, la estigmatización y el espectáculo. Por su parte, las redes sociales participan y se apoyan con la psicología pop (psicología popular, que se refiere a un conjunto de ideas, teorías y consejos sobre el comportamiento humano, las emociones y la mente que se difunden en medios de comunicación, redes sociales).

---

<sup>2</sup> significa hacer que algo inicialmente se percibía como extraño o fuera de lo común y pase a considerarse normal, aceptable, cotidiano con el

paso del tiempo, es decir, es cuando las personas dejan de cuestionar una conducta, condición o evento y lo ven como algo natural.



Libros de autoayuda o charlas motivacionales, pero sin un respaldo científico sólido), la cultura del bienestar, los influencias como terapeutas y la estética del malestar, entre otros.

En las últimas décadas, la televisión ha dejado de ser un medio de transmisión masiva para convertirse en una tecnología del afecto. Esta transformación no responde únicamente a cambios técnicos o industriales, sino a una mutación profunda en los modos de narrar, representar y conectar con el espectador. Lo que autores como Mario Carlón y Carlos Scolari han denominado hipertelevisión se caracteriza por una narrativa expandida, una visualidad espectacular y, especialmente, una intensa apelación emocional.

En este nuevo régimen audiovisual, los formatos de reality show se han consolidado como vehículos privilegiados para articular lo íntimo con lo mediático, lo individual con lo colectivo, lo personal con lo político, este formato se inserta en una lógica que mercantiliza la emoción, estetiza la vulnerabilidad y convierte el afecto en un bien de consumo cultural.

La televisión tradicional del siglo XX, basada en el modelo de broadcasting (modelo de comunicación

en el que un emisor transmite información de manera

unidireccional a una audiencia amplia y diversa, sin que exista interacción directa o

retroalimentación significativa del público), operaba bajo una lógica de transmisión homogénea, con una audiencia concebida como masa indiferenciada, la hipertelevisión, en cambio, propone una interacción más segmentada, sensible y emocionalmente densa.

Ya no se trata solo de ver: se trata de sentir. En este esquema, el espectador es convocado a identificarse con las historias, a llorar con los personajes, a compartir su proceso. La experiencia mediática deja de girar únicamente en torno a los eventos visibles para organizarse en torno a la gestión de las emociones que dichos eventos activan.

El reality show es el formato ideal para esta transformación, y lejos de limitarse a mostrar competencias o situaciones extraordinarias, construye relatos de vida, tramas afectivas y momentos de alto voltaje emocional.

Por ejemplo: en MasterChef México, cada concursante encarna una narrativa que trasciende el plato que presenta: la joven que cocina para



honrar a su abuela fallecida, el padre que busca una segunda oportunidad tras haber estado en prisión, la mujer indígena que defiende su lengua a través de la gastronomía.

Estos elementos son centrales para el guion emocional del programa, no es casual que los primeros planos se intensifiquen en los momentos de llanto, que los silencios se alarguen tras una confesión o que la música se eleve en los reencuentros familiares. La cocina se convierte en una escenografía del trauma, y el plato, en un símbolo del malestar, del dolor y de la redención personal.

El espectador se convierte en sujeto emocional, aquí entra en juego el concepto de espectador afectivo, vinculado a lo que Giovanni Sartori y otros autores de comunicación mediática han descrito como un desplazamiento del énfasis informativo hacia la empatía. Lo que se busca no es informar, sino afectar.

El llanto, la confesión o la historia de superación funcionan como capital simbólico que legitima a los y las concursantes frente a la audiencia. Así, el éxito de una participación no depende del talento técnico, sino de la capacidad de "conectar" a través de un relato emocionalmente potente.

El talento puede importar, pero la narrativa del dolor es decisiva, esta lógica se hace evidente en la producción, los Testimonios, flashbacks y entrevistas en confesionario se articulan para provocar empatía o indignación, así, el espectáculo no se basa únicamente en la acción, sino en la intensidad emocional de lo representado.

La televisión telerrealidad no presenta la realidad implícita (los participantes son presentados en situaciones artificiales o falsas) e incluso se le considera engaño y fraude, por el uso de la técnica de la edición, ya que los participantes son entrenados para comportarse y para saber qué decir, las historias son planeadas y construidas acordes a los objetivos de cada proyecto.

En este sentido, los sentimientos que vemos en pantalla pueden ser verdaderos, pero su disposición narrativa responde a necesidades de espectáculo, es decir, el dolor y el malestar son reales, pero su función es dramática. En el contexto mexicano, esta lógica se complejiza aún más y la emocionalidad mediática se entrecruza con narrativas nacionales, con ideas de comunidad, lucha y pertenencia.



El drama se “mexicaniza” a través de referencias culturales específicas, como el uso del mariachi para enfatizar un momento emotivo, la evocación de la madre o el padre como figuras de sacrificio, o la exaltación del esfuerzo como virtud. En este contexto, el afecto no es solo una experiencia individual, sino un dispositivo ideológico.

En los realities, esta lógica se vuelve especialmente poderosa, no basta con mostrarse vulnerable, hay que mostrarse vulnerable en los términos que el formato considera legítimos. Esto implica que ciertas emociones son amplificadas: el llanto, la superación y la gratitud, mientras que otras, como la rabia, la crítica estructural, la incomodidad política son silenciadas, marginalizadas o desactivadas mediante la edición o la respuesta del jurado.

Lo que se presenta como una plataforma de visibilidad emocional, en realidad establece un guion afectivo muy claro sobre qué tipo de emoción es válida y cuál no. Esto se ve con nitidez en la figura del “favorito del público”, que suele coincidir con quien ha revelado la historia más conmovedora, ha llorado en el momento oportuno o ha demostrado humildad frente a la adversidad.

El afecto funciona, así como un criterio de consagración simbólica, que a menudo tiene más peso que el desempeño técnico o artístico.

Estas representaciones, aunque valiosas en términos de visibilidad, también pueden reforzar una estética emocional normativa que asocia la identidad Queer (concepto que se utiliza para referirse a identidades o expresiones de género y orientaciones sexuales que no encajan en las normas tradicionales o binarias y se asocia con lo no normativo, lo que desafía las categorías rígidas) con el sufrimiento, la marginalidad o la superación personal, dejando de lado experiencias de empoderamiento, goce, banalidad o complejidad que escapan al esquema dramático del formato.

En ese sentido, la emocionalidad mediática no solo produce identificación, sino que normaliza ciertas formas de existir, sentir y ser visto. La espectacularización del malestar y del dolor se convierten en una forma de validación simbólica, donde las identidades son aceptadas en la medida en que puedan ser traducidas en relatos emocionales comprensibles para una audiencia mayoritaria.

Lo Queer, lo indígena, lo femenino o lo empobrecido aparecen,



así como figuras que deben demostrar su “valía” a través del sacrificio narrativo, en lugar de ser representadas desde la autonomía, la agencia o la diversidad interna. Todo esto ocurre dentro de una lógica profundamente marcada por el mercado.

La emoción no circula libremente: es producida, editada y vendida como parte del paquete del entretenimiento. “Los peligros políticos inherentes a la utilización cotidiana de la televisión resultan de que la imagen posee la particularidad de producir lo que los críticos literarios llaman el efecto de realidad, puede mostrar y hacer creer en lo que muestra”. Pierre Bourdieu (1997) p. 27.

En los realities, este fenómeno se expresa en el montaje, en los discursos del jurado, en las reacciones del público, pero también en el modelo de negocio que sostiene estos formatos, relacionado con el malestar y el dolor.

En ese sentido, la emoción deja de ser una expresión singular para convertirse en un lenguaje normado. Lo que parece autenticidad es, muchas veces, un efecto de formato; lo que se percibe como “cercanía” es resultado de una gramática afectiva diseñada para maximizar la conexión emocional y, por tanto, la fidelidad del espectador. Esta es

la paradoja central de la hipertelevisión emocional: cuanto más cercana parece, más estructurada está; cuanto más espontánea se muestra, más guionada se encuentra. Es importante señalar que la emocionalidad mediática no es en sí misma negativa. La posibilidad de visibilizar historias diversas, de generar empatía colectiva o de dar espacio a expresiones marginadas puede tener un efecto transformador.

Sin embargo, lo que se problematiza aquí no es la emoción como tal, sino el modo en que la emoción es gestionada, estetizada y convertida en mercancía dentro de una lógica televisiva globalizada, esta operación emocional se entrelaza con representaciones nacionales y discursos de identidad, lo que plantea preguntas fundamentales sobre qué entendemos por lo “mexicano”, lo “auténtico” o lo “representativo” cuando esas categorías están mediadas por formatos importados que operan con reglas estéticas y narrativas transnacionales.

Así la emoción, lejos de ser una experiencia privada o espontánea, se convierte en el eje articulador de una economía simbólica que define qué cuerpos merecen ser celebrados, qué historias pueden ser escuchadas y qué identidades resultan rentables. La



televisión del sentimiento no es inocente: es un campo de disputa donde se juega no solo el rating, sino también la representación social de lo sensible.

El malestar y el dolor en los reality shows son elementos fundamentales en la lógica de este tipo de programas, ya que forman parte del espectáculo y de la construcción emocional que atrae al público.

Los reality shows transforman el sufrimiento personal (físico, emocional o psicológico) en entretenimiento; Los conflictos, las lágrimas, las rupturas, las humillaciones o los castigos se presentan como momentos "claves" para captar la atención del público; El espectador disfruta del "drama ajeno" como una forma de catarsis o voyeurismo emocional.

El malestar (frustración, tensión, vergüenza, ansiedad) es parte del guion emocional de los reality shows, los productores lo diseñan deliberadamente mediante competencias, encierros, juicios públicos o votaciones, generando conflictos que aseguren reacciones intensas, El dolor y el malestar se mercantilizan, se convierten en productos rentables que generan audiencia y viralización en redes sociales.

En los reality shows los espectadores experimentan una empatía controlada: sienten compasión, pero también disfrutan del sufrimiento ajeno; Se crea una suerte de "moralidad del espectáculo", donde el dolor se justifica porque "el participante lo eligió", esto refleja una cultura donde la exposición y la vulnerabilidad se perciben como moneda de cambio por fama o aceptación.

Este tipo de programas reproducen valores sociales dominantes: la competencia, la meritocracia, el castigo al "débil", y la recompensa al "fuerte", el malestar y el dolor no son casuales, sino una forma de control simbólico y moral.

Autores como Guy Debord (La sociedad del espectáculo) o Byung-Chul Han (La sociedad del cansancio) ayudan a entender que: la exposición del dolor convierte la vida íntima el malestar y el dolor en mercancía visual; vivimos en una sociedad donde el sufrimiento visible tiene valor, mientras que el silencio o la introspección no lo tienen y los reality shows son un espejo de una cultura que consume emociones más que historias.

A manera de cierre, el dolor y el malestar se han constituido en experiencias universales que atraviesan al sujeto y en sí, a toda su existencia. De



manera tradicional la psicología los ha contemplado como síntomas de un conflicto a eliminar, ya que considera que son señales de disfunción individual.

Por su parte, la psicología contemporánea cuestiona esta visión reduccionista, proponiendo un paradigma más amplio donde se integran las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales. Así en la actualidad, la psicología del dolor y el malestar se ha convertido en un espacio para analizar y comprender que el sufrimiento humano no es solo un problema clínico, sino un fenómeno complejo que se encuentra cargado de muchos significados.

Los psicólogos tienen como uno de sus propósitos atenuar, controlar y aliviar el sufrimiento de los sujetos, muchas de las corrientes psicoterapéuticas como la positivista o conductual tendieron patologizar el dolor, ya que lo consideran un estado anómalo que debe corregirse.

Por su parte la psicología humanista y existencial sostienen que el dolor es una vía hacia la comprensión de uno mismo y del mundo, proceso que puede ser doloroso pero que ayuda a la transformación personal.

En conclusión, nosotros sostenemos que el malestar subjetivo lejos de ser un conflicto individual es un fenómeno social, ya que lo entendemos como una respuesta legítima ante las condiciones adversas que nos presenta la vida contemporánea, en donde la precariedad, la competitividad, la alienación laboral, las desigualdades estructurales, la violencia entre otras son generadores de tensiones que impactan en la salud mental.

Advertimos que estamos corriendo el riesgo de individualizar el sufrimiento, si seguimos con la postura de ignorar sus raíces sociales, ya que no se trata solo de modificar la actitud del sujeto, sino de cuestionar los contextos que producen el dolor.



# Trastornos del estado de ánimo y manifestaciones psicóticas.

2. Dr. José Francisco Reyes Rodríguez.

Veo que los perdidos son así, y su maldición ser, como yo  
lo soy para mí, sus sudorosos seres. Pero peores.

*Gerard Manley Hopkins.*

En primer lugar, para iniciar, debemos observar que, los trastornos del estado de ánimo con manifestaciones psicóticas representan una intersección clínica relevante entre la afectividad y la psicosis. Encontraremos en estos cuadros, que las alteraciones del ánimo pueden acompañarse de síntomas psicóticos, lo que exige una evaluación cuidadosa para diferenciar entre trastornos afectivos primarios y trastornos psicóticos propiamente dichos. Comprender esta relación permite una mejor precisión diagnóstica y orienta intervenciones clínicas más adecuadas y contextualizadas.

En segundo lugar, los trastornos del estado de ánimo constituyen un conjunto de condiciones psicopatológicas caracterizadas por alteraciones persistentes en la regulación emocional, la energía, la actividad y el funcionamiento psicosocial.

Tradicionalmente, estos trastornos han sido diferenciados de los trastornos psicóticos; sin embargo, la evidencia clínica y diagnóstica ha demostrado que, en determinadas circunstancias, pueden coexistir manifestaciones psicóticas, lo que complejiza su evaluación y abordaje terapéutico.

En otro término, las manifestaciones psicóticas en los trastornos del estado de ánimo suelen presentarse en el contexto de episodios afectivos graves, particularmente durante episodios maníacos, hipomaníacos severos o depresivos mayores.

Ante todo, estas manifestaciones incluyen delirios y alucinaciones que, a diferencia de los trastornos psicóticos primarios, suelen estar congruentes con el estado de ánimo, reflejando contenidos de grandiosidad, culpa, ruina o persecución. Esta relación entre



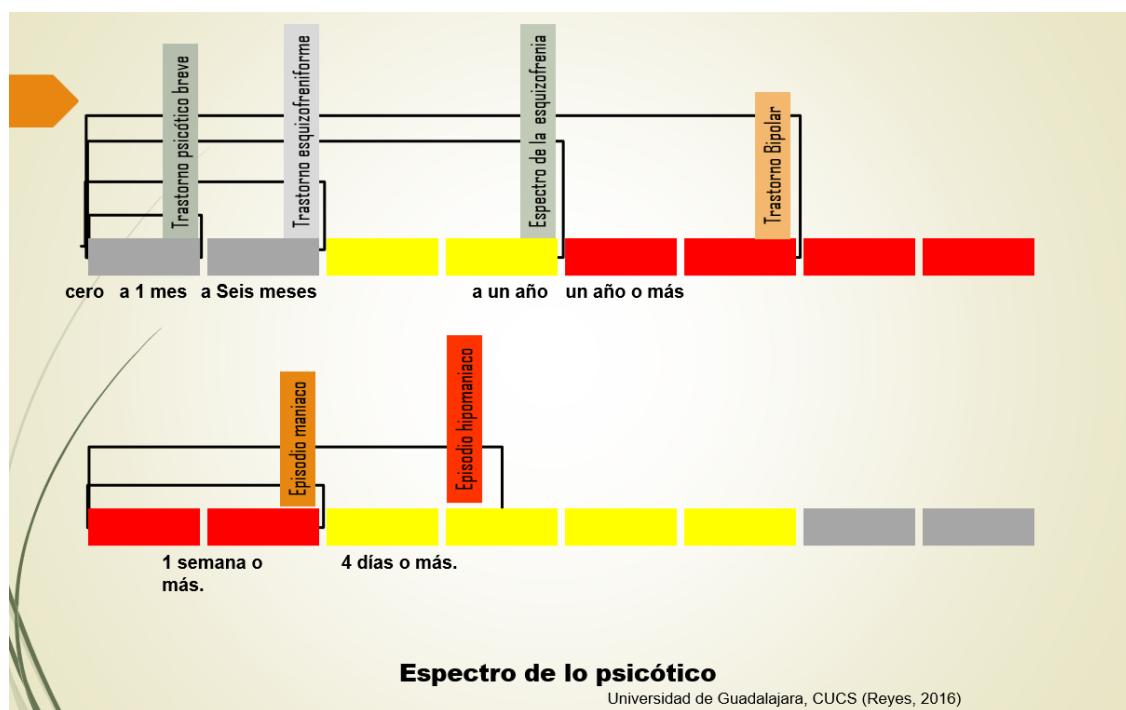
afectividad y psicosis resulta clave para la diferenciación diagnóstica y el pronóstico clínico.

Desde una perspectiva histórica y clínica, autores como Kraepelin distinguieron el curso episódico y no deteriorante del trastorno bipolar frente al curso más crónico y progresivo de la esquizofrenia, sentando las bases para comprender la interacción entre afectividad y psicosis.

No obstante, la práctica contemporánea reconoce que esta distinción no siempre es absoluta, y que existe un continuo psicótico-afectivo que requiere una valoración cuidadosa del

tiempo de evolución, la intensidad de los síntomas y su impacto funcional.

Comprender los trastornos del estado de ánimo con manifestaciones psicóticas implica, por tanto, adoptar una mirada integral que considere tanto la dimensión afectiva como la presencia de síntomas psicóticos, así como su relación temporal y contextual. Este enfoque favorece una evaluación diagnóstica más precisa, orienta decisiones terapéuticas adecuadas y contribuye a una intervención clínica ética, oportuna y centrada en la persona.



Fuente: Reyes, 2016.



Al respecto conviene mencionar, que La imagen muestra una línea del tiempo comparativa para entender la duración mínima de los síntomas que permiten diagnosticar distintos trastornos del espectro psicótico y del estado de ánimo, según criterios clínicos. Es una representación visual del Espectro de lo psicótico, mostrando:

- ψ Cómo se clasifican los trastornos según el tiempo que duran los síntomas.
- ψ Cómo se relacionan los trastornos psicóticos con los episodios bipolares que también pueden incluir síntomas psicóticos.
- ψ Una comparación clara entre duración, tipo de episodio y categoría diagnóstica.

En conjunto, el esquema del espectro psicótico permite comprender que los diagnósticos no se definen únicamente por la presencia de síntomas, sino por su duración, intensidad y relación con el estado de ánimo. Esta perspectiva evita clasificaciones rígidas y favorece una mirada clínica más integral, donde el tiempo se convierte en un criterio clave para diferenciar entre episodios transitorios, trastornos psicóticos persistentes y manifestaciones asociadas a trastornos afectivos. Reconocer este continuo resulta fundamental para una evaluación diagnóstica más precisa, una intervención oportuna y un acompañamiento ético y

contextualizado de la persona a lo largo de su proceso de salud mental.

Por lo que se refiere a la parte superior de la imagen se representan los principales trastornos del espectro psicótico, cuya característica central es la presencia de síntomas como alucinaciones, delirios, lenguaje desorganizado, catatonia y conductas desorganizadas.

Por lo que se refiere al esquema, este se organiza a lo largo de una línea temporal que va desde cero días hasta más de un año, enfatizando que la duración de los síntomas es un criterio fundamental para la diferenciación diagnóstica.

En el extremo inicial se ubica el trastorno psicótico breve, caracterizado por la aparición súbita de síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado y/o comportamiento marcadamente desorganizado o catatónico) con una duración que va de un día hasta un mes.

Así mismo, seguido de una remisión completa del funcionamiento previo. Añádase, que se trata de un episodio agudo y transitorio, generalmente asociado a factores estresantes, que pueden ser los detonantes.



No obstante, podría presentarse con o sin estresor identificable y no es atribuible a trastornos del estado de ánimo con características psicóticas, esquizofrenia, consumo de sustancias o afecciones médicas.

Teniendo en cuenta, que el pronóstico suele ser favorable, aunque requiere seguimiento clínico para descartar evolución hacia trastornos psicóticos de mayor duración.

El siguiente punto nos lleva al Trastorno Esquizofreniforme, el cual se presenta como una condición intermedia, con síntomas que persisten por más de un mes y hasta seis meses. Aunque la sintomatología es similar a la de la esquizofrenia, la diferencia principal radica en el tiempo de evolución, lo que mantiene abierto el pronóstico clínico.

Puede agregarse, que a diferencia de la esquizofrenia, no se requiere un deterioro funcional marcado para el diagnóstico. Su evolución es variable, por lo que requiere seguimiento clínico para determinar remisión completa o progresión hacia un trastorno del espectro de la esquizofrenia.

Al respecto conviene decir, que cuando los síntomas psicóticos se mantienen por seis meses o más, el esquema ubica a la esquizofrenia, representada como parte del espectro

de la esquizofrenia. En este caso, la persistencia de los síntomas implica un mayor impacto funcional y la necesidad de intervenciones continuas y de largo plazo.

Finalmente, se integra el trastorno bipolar con síntomas psicóticos, señalado en color naranja claro, para destacar que la psicosis también puede presentarse en el contexto de trastornos del estado de ánimo. En estos casos, los síntomas psicóticos suelen aparecer durante episodios maníacos o depresivos severos, lo que subraya la importancia de evaluar no solo la duración, sino también la relación entre la psicosis y los cambios afectivos.

El trastorno bipolar caracterizado por oscilaciones extremas del estado de ánimo, de la actividad y el comportamiento, descrito por Krapelin como una padecimiento episódico y no deteriorante en correlación con la esquizofrenia (Ortiz-Tallo, 2004).

Por lo general, muchos episodios maníacos siembran el caos en la vida de los pacientes y las personas relacionadas con ellos. Si bien la energía y el esfuerzo crecientes pueden al inicio mejorar la productividad laboral (o escolar), conforme la manía empeora un paciente se vuelve cada vez menos capaz de concentrar su atención. Las



amistades se tensan al existir discusiones. Los enredos sexuales pueden causar enfermedad, divorcio y embarazo no deseado. Incluso cuando un episodio se resuelve, quedan la culpa y las recriminaciones (Morrison, 2014).

Para el APA (2014) la categoría del trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado se utiliza cuando el clínico elige no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios del trastorno bipolar y relacionados específicos, e incluye presentaciones en las cuales no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (servicios de urgencias).

Debemos agregar, que se ilustran los episodios del trastorno bipolar:

#### Episodio maníaco

- ψ Duración mínima: 1 semana o más.
- ψ Representado en rojo.
- ψ Es intenso, interfiere con la vida diaria, puede incluir psicosis.

Conviene señalar, que el episodio maníaco se caracteriza por un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, acompañado de un aumento significativo de la energía y la actividad, con una duración mínima de una semana (o cualquier duración si requiere hospitalización).

Otro punto para señalar es que incluye síntomas como grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, fuga de ideas, distractibilidad y conductas de riesgo. Su intensidad provoca un deterioro marcado del funcionamiento social, laboral o académico y puede cursar con manifestaciones psicóticas, lo que lo diferencia del episodio hipomaníaco.

#### Episodio hipomaníaco

- ψ Duración mínima: 4 días o más.
- ψ Representado en naranja.
- ψ Síntomas parecidos a la manía, pero menos graves.

Hay que mencionar, que el episodio hipomaníaco se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable, junto con un aumento observable de la energía y la actividad, con una duración mínima de cuatro días consecutivos.

Ahora bien, los síntomas son similares a los de la manía, pero de menor intensidad, no provocan un deterioro significativo del funcionamiento social o laboral, no requieren hospitalización y no incluyen síntomas psicóticos. Su identificación es clave para el diagnóstico del trastorno bipolar, especialmente del tipo II.

Se debe agregar, que presentan algunos Colores (interpretación).



- ψ Grises → Trastornos psicóticos "puros".
- ψ Amarillos y rojos → Duración y continuidad de síntomas.
- ψ Naranjas → Episodios del estado de ánimo (manía e hipomanía).

Cabe destacar, que el uso de colores en el esquema cumple una función explicativa que facilita la comprensión del continuo clínico. Los tonos grises representan los trastornos psicóticos primarios, en los que la psicosis constituye el eje central del diagnóstico. Los colores amarillos y rojos enfatizan la duración y continuidad de los síntomas, subrayando la importancia del tiempo como criterio diagnóstico. Finalmente, los tonos naranjas identifican los episodios del estado de ánimo, como la manía y la hipomanía, destacando su vínculo con las manifestaciones psicóticas dentro de los trastornos afectivos.

En la práctica profesional, se podría decir, que el gráfico, nos da una representación visual del Espectro de lo psicótico, mostrando:

- ψ Cómo se clasifican los trastornos según el tiempo que duran los síntomas.
- ψ Cómo se relacionan los trastornos psicóticos con los episodios bipolares que también pueden incluir síntomas psicóticos.
- ψ Una comparación clara entre duración, tipo de episodio y categoría diagnóstica.

### **Especificadores para el Trastorno bipolar y trastornos relacionados:**

Al respecto conviene decir, que los especificadores en el Trastorno Bipolar y Trastornos relacionados permiten describir con mayor precisión la presentación clínica, el curso y la gravedad del trastorno, aportando información relevante para el diagnóstico, el pronóstico y la planificación del tratamiento.

Entre ellos se encuentra el especificador con ansiedad, que señala la presencia de síntomas ansiosos clínicamente significativos, y con características mixtas, aplicable cuando coexisten síntomas maníacos e hipomaníacos junto con síntomas depresivos durante un episodio afectivo, incluyendo el episodio depresivo con características mixtas.

Asimismo, el especificador con ciclos rápidos se utiliza cuando se presentan cuatro o más episodios afectivos en un periodo de doce meses. Los especificadores con características melancólicas y con características atípicas describen patrones particulares de sintomatología depresiva, diferenciados por la respuesta emocional, el sueño, el apetito y la reactividad del estado de ánimo.



En los casos donde aparecen síntomas psicóticos, se emplea el especificador con características psicóticas, el cual puede subdividirse en características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, cuando el contenido de los delirios o alucinaciones es consistente con el episodio afectivo, y no congruentes con el estado de ánimo, cuando dicho contenido no guarda relación directa con el estado emocional predominante.

Otros especificadores clínicamente relevantes incluyen con catatonía, con inicio en el periparto y con patrón estacional, que aportan información sobre el contexto y la evolución del trastorno.

Finalmente, el curso del trastorno puede describirse mediante el especificador en remisión, el cual puede ser parcial, cuando persisten algunos síntomas clínicos, o total, cuando no se presentan síntomas significativos durante un periodo determinado. Estos especificadores permiten una caracterización más completa y funcional del trastorno bipolar en la práctica clínica.

Todo esto parece confirmar, que Con ansiedad: La presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días del episodio de

manía, hipomanía o depresión actual o más reciente:

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificación de la gravedad actual:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: Tres síntomas.

Moderado-grave: Cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas con agitación motora.

Los altos grados de ansiedad se han asociado a un riesgo mayor de suicidio, duración más prolongada de la enfermedad y mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento (APA, 2014).

Se puede incluir, con características mixtas: El especificador se puede aplicar al episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo actual en el trastorno bipolar I o bipolar II:

Episodio maníaco o hipomaníaco, con características mixtas:

A. Se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco o hipomaníaco, y al menos tres de los síntomas siguientes están presentes la mayoría de los días del



episodio maníaco o hipomaníaco actual o más reciente:

1. Disforia destacada o estado de ánimo deprimido según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste o vacío) o de la observación por parte de otras personas (se le ve lloroso).
2. Disminución del interés o el placer por todas o casi todas las actividades (como se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
3. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
4. Fatiga o pérdida de la energía.
5. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).
6. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas mixtos son observables por parte de otras personas y representan un cambio del comportamiento habitual del individuo.

C. En individuos cuyos síntomas cumplen simultáneamente todos los criterios de un episodio de manía y depresión, el diagnóstico será de episodio maníaco, con características mixtas, debido a la alteración notable y la gravedad clínica de manía total.

D. Los síntomas mixtos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (una droga, un medicamento u otro tratamiento).

#### **Episodio depresivo con características mixtas:**

A. Se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor, y al menos tres de los síntomas maníacos/hipomaníacos siguientes están presentes la mayoría de los días del episodio depresivo actual o más reciente:

1. Estado de ánimo elevado, expansivo.
2. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Aumento de la energía dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual).
6. Participación aumentada o excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
7. Disminución de la necesidad de sueño (se siente descansado a pesar de dormir menos de lo habitual; en contraste con el insomnio).

B. Los síntomas mixtos son observables por parte de otras personas y representan un cambio del comportamiento habitual del individuo.

C. En individuos cuyos síntomas cumplen simultáneamente todos los criterios de un episodio de manía y depresión, el diagnóstico será de episodio maníaco, con características mixtas.

D. Los síntomas mixtos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una



sustancia (una droga, un medicamento u otro tratamiento).

**Nota:** Las características mixtas asociadas a un episodio de depresión mayor son un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastorno bipolar Tipo I o II. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil apreciar la presencia de este especificador (APA, 2014).

Con ciclos rápidos (se puede aplicar al trastorno bipolar I o bipolar II): Presencia de al menos cuatro episodios del estado de ánimo en los 12 meses anteriores que cumplen los criterios para episodio maníaco, hipomaníaco o de depresión mayor.

**Nota:** Los episodios están separados por remisiones parciales o totales de un mínimo de dos meses o por un cambio a un episodio de la polaridad opuesta (episodio de depresión mayor a episodio maníaco).

**Nota:** La característica esencial de un trastorno bipolar con ciclos rápidos es la aparición de al menos cuatro episodios del estado de ánimo durante los 12 meses anteriores. Estos episodios pueden suceder en cualquier combinación y orden y han de cumplir los criterios de duración y número de síntomas para un episodio de depresión

mayor, maníaco o hipomaníaco y han de estar separados por un periodo de remisión total o un cambio a un episodio de la polaridad opuesta. Los episodios maníacos e hipomaníacos se consideran de la misma polaridad. A excepción del hecho de que suceden con más frecuencia, los episodios que siguen un patrón de ciclos rápidos no difieren de los que se producen en un modelo que no sigue ciclos rápidos. Los episodios del estado de ánimo que cuentan para definir un patrón de ciclos rápidos excluyen los episodios causados por una sustancia (cocaína, corticoesteroides) u otra afección médica.

A. Una de las características siguientes está presente durante el período más grave del episodio actual:

1. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades.
2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros (no se siente mucho mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

B. Tres (o más) de las características siguientes:

1. Una cualidad bien definida del estado de ánimo depresivo es un desaliento profundo, desesperación y/o mal humor, o lo que se conoce como estado de ánimo vacío.



2. Depresión que acostumbra a ser peor por la mañana.
3. Despertar pronto por la mañana (es decir, al menos dos horas antes de lo habitual).
4. Notable agitación o retraso psicomotor.
5. Anorexia o perdida de peso importante.
6. Culpa excesiva o inapropiada.

**Nota:** Este especificador se aplica si estas características están presentes en la fase más grave del episodio. Ausencia casi completa de la capacidad de placer, no simplemente una disminución. Una norma para evaluar la falta de reactividad del estado de ánimo es que ni siquiera los acontecimientos muy deseados se asocian a una elevación notable del estado de ánimo. (Son más frecuentes en los pacientes hospitalizados).

**Con características atípicas:** Este especificador se puede aplicar cuando estas características predominan durante la mayoría de los días del episodio de depresión mayor actual o más reciente.

A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, aumento del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos reales o potenciales).

B. Dos (o más) de las características siguientes:

1. Notable aumento de peso o del apetito.
2. Hipersomnia.
3. Parálisis plúmbea (es decir, sensación de pesadez plúmbea en brazos o piernas).

4. Patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal (no limitado a los episodios de alteración del estado de ánimo) que causa deterioro social o laboral importantes.

C. No se cumplen los criterios para "con características melancólicas" o "con catatonía" durante el mismo episodio.

A diferencia de las demás características atípicas, la sensibilidad patológica de rechazo interpersonal percibido es un rasgo que tiene un inicio temprano y que persiste durante la mayor parte de la vida adulta. La sensibilidad de rechazo se produce tanto cuando la persona está deprimida como cuando no lo está, aunque se puede exacerbar durante los períodos depresivos (APA, 2014).

**Con características psicóticas:** Los delirios o alucinaciones están presentes en cualquier momento de este episodio. Si existen características psicóticas, especificar si son congruentes o no con el estado de ánimo:

**Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo:** Durante los episodios maníacos, el contenido de todas los delirios y alucinaciones concuerda con los temas maníacos típicos de grandeza, invulnerabilidad, etc., pero también pueden incluir temas de sospecha o paranoia, especialmente



respecto a las dudas de otros acerca de las capacidades, los logros, etc. del individuo.

**Características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo:** El contenido de los delirios y las alucinaciones no concuerda con los temas de polaridad del episodio, como se ha descrito antes, o el contenido es una mezcla de temas incongruentes y congruentes con el estado de ánimo.

**Con catatonía:** Este especificador se puede aplicar a un episodio de manía o depresión si existen características catatonicas durante la mayor parte del episodio. Véanse los criterios para la catatonía asociada a un trastorno mental en el capítulo "Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos."

**Con inicio en el periparto:** Este especificador se puede aplicar al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio del estado de ánimo, al episodio más reciente de manía, hipomanía o depresión mayor en el trastorno bipolar I o bipolar II si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.

**Nota:** Los episodios del estado de ánimo se pueden iniciar durante el

embarazo o en el posparto. Aunque las estimaciones difieren según el período de seguimiento después del parto, entre un 3% y un 6% de las mujeres experimentarán el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que siguen al parto. El 50% de los episodios de depresión mayor "posparto" comienzan realmente antes del parto.

**Con patrón estacional:** Este especificador se aplica al patrón de episodios del estado de ánimo a lo largo de toda la vida. La característica esencial es un patrón estacional regular de al menos un tipo de episodio (es decir, manía, hipomanía o depresión).

Los otros tipos de episodios pueden no seguir este patrón. (un individuo puede tener manías estacionales, pero sus depresiones no se producen en general en un momento del año específico).

A. En el trastorno bipolar I o bipolar II, ha habido una relación temporal regular entre el inicio de los episodios maníacos, hipomaníacos o de depresión mayor y un momento del año particular (en otoño o invierno).

**Nota:** No incluir casos en los que existe un efecto claro de factores de estrés psicosocial relacionados con las



estaciones (desempleo regularmente cada invierno).

B. Las remisiones totales (o una evolución de depresión mayor a manía o hipomanía o viceversa) también se producen en un momento del año característico (la depresión desaparece en primavera).

C. En los últimos dos años, los episodios maníacos, hipomaníacos o de depresión mayor del individuo han mostrado una relación temporal estacional, como se ha definido antes, y durante este período de dos años se han producido episodios no estacionales de esa polaridad.

D. Las manías, hipomanías o depresiones estacionales (como se ha descrito antes) superan notablemente las manías, hipomanías o depresiones no estacionales que se pueden haber producido a lo largo de la vida del individuo.

**Nota:** Este especificador no se aplica a las situaciones en que el patrón se explica mejor por factores de estrés psicosocial estacionales (desempleo estacional o calendario escolar).

**En remisión parcial:** Los síntomas del episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los

criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un período que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio maníaco, hipomaníaco o de depresión mayor.

**En remisión total:** Durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno.

**Especificación de la gravedad actual:**

La gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de los síntomas y el grado de discapacidad funcional.

**Leve:** Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos están presentes, la intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

**Moderado:** El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para "leve" y "grave."

**Grave:** El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

Deberemos considerar que el trastorno **Bipolar I** son pacientes que



presentan o han presentado alguna vez en su vida algún episodio maníaco.

Conviene advertir que el estado de ánimo actual del paciente puede ser maníaco, o depresivo, hipomaníaco, o bien una mezcla heterogénea de componentes depresivos y maníacos (Mixto). Vale la pena señalar, que el tipo de estado anímico actual es lo que determina la sub-categoría en la que se diagnostica la Bipolaridad tipo I.

En cuanto a los Bipolares II, se trata de pacientes que, habiendo padecido episodios depresivos e hipomaníacos, nunca han padecido un episodio completo de manía.

Los pacientes bipolares presentan más episodios afectivos a lo largo de la vida (una media de 8 episodios) que los pacientes unipolares.

Alrededor de 25% de los pacientes con trastornos del estado de ánimo experimenta episodios maníacos o hipomaníacos. Casi todos ellos cursan también con episodios de depresión. La intensidad y la duración de los altibajos determinan el trastorno bipolar específico (Morrison, 2014).

Concluyendo, los síntomas de los trastornos tienen similitudes importantes. Sin embargo, la diferencia principal

consiste en el grado de discapacidad y malestar que determina la fase de mayor intensidad, la cual en el trastorno bipolar II nunca implica psicosis ni requiere hospitalización.\*

El trastorno bipolar II está conformado por episodios depresivos mayores recurrentes con episodios de hipomanía interpuestos.

\*Es posible que un paciente con trastorno bipolar II termine hospitalizado sin necesitarlo realmente. En este caso el profesional de la salud debería situarse en los síntomas predominantes, entonces así denominará el tipo de trastorno bipolar.



# Transformando el Aula de Bachillerato: Evaluación Innovadora, Aprendizaje Activo y Gamificación.

3. Mtra. Silvia Katiuska Meza Huizar y  
Mtra. María del Socorro Torres Leyva.

Para comenzar, es necesario mencionar, que en el nivel de Bachillerato, los procesos de enseñanza-aprendizaje están atravesando un momento de metamorfosis significativa.

Es decir, las nuevas generaciones de estudiantes se desarrollan en un entorno altamente dinámico, digital y participativo, por lo que los métodos tradicionales centrados exclusivamente en la figura del docente empiezan a mostrar limitaciones.

Lo más importante, es que frente a esta realidad, surge la necesidad de replantear las prácticas educativas para hacerlas más significativas, motivadoras y acordes con las demandas actuales del aprendizaje juvenil.

En segunda instancia, este artículo presenta como una perspectiva diferente en la evaluación más formativa, participativa y orientada al proceso, junto con actividades basadas en el Aprendizaje Activo y la

Gamificación, puede convertirse en una alternativa eficaz para transformar el ambiente del aula.

Al lado de ello, estas metodologías permiten que los estudiantes asuman un papel más protagónico, se involucren de manera significativa y desarrollen competencias claves para su trayectoria académica.

A pesar de todo, algunos docentes de Bachillerato continúan utilizando métodos tradicionales de enseñanza centrados en el profesor, lo cual implica que están enfrentando retos significativos con las nuevas generaciones de estudiantes.

Sin embargo, la transformación tecnológica, cultural y social han modificado la manera en que los jóvenes aprenden, interactúan y se relacionan con el conocimiento. Sin embargo, la falta de entendimiento de este nuevo contexto genera ambientes negativos en el aula, tanto para las y los



profesores como para las y los estudiantes (Arreguín, 2011).

Tomando como referencia este principio, la propuesta implementada en el contexto del Bachillerato incorporó un sistema de puntos acumulativos orientado a fortalecer la participación y el compromiso de las y los estudiantes. Con el fin de generar mayores incentivos para la realización de las actividades académicas, se diseñó un esquema en el que los alumnos podían obtener 3 puntos de 100 puntos acumulados a lo largo del curso (sumado a ello otros retos). Esta dinámica permitió transformar las tareas tradicionales en retos progresivos, haciendo más explícito el esfuerzo invertido y promoviendo una actitud más activa y positiva hacia el aprendizaje.

En otro sentido, este mecanismo de recompensas, al integrarse con estrategias de Aprendizaje Activo y evaluación formativa, contribuyó a construir un ambiente más estimulante dentro del aula, favoreciendo que los estudiantes se involucraran no solo por obligación, sino por el interés de avanzar y superar sus propios registros.

Ahora bien, hablemos del Aprendizaje Activo, el cual constituye un punto fundamental en la transformación del aula de Bachillerato; es decir, se trata

de un enfoque en el que las y los estudiantes participan de manera directa en el proceso de construcción del conocimiento, desarrollando comprensión a través de experiencias, análisis, resolución de problemas y actividades diseñadas para involucrarlos cognitivamente.

Cabe señalar, que en el ámbito escolar, este aprendizaje se promueve mediante oportunidades planificadas por los docentes, quienes implementan estrategias que invitan a los alumnos a explorar, reflexionar y aplicar lo aprendido (Bell, Lema y Martín, 2024).

Por otro lado, este enfoque educativo representa un cambio profundo respecto a los métodos tradicionales, donde el profesor era la figura central y el alumnado cumplía un rol pasivo, limitado a escuchar, copiar y memorizar.

En contraste, el Aprendizaje Activo coloca al estudiante en el centro, otorgándole un papel protagónico en la generación de ideas, la toma de decisiones y la vinculación de los contenidos con su experiencia personal.

Esta participación implica mayor autonomía, responsabilidad y compromiso con la tarea académica, elementos que resultan especialmente



efectivos con las nuevas generaciones de Bachillerato.

La implementación conjunta del Aprendizaje Activo y la gamificación favorece que los estudiantes encuentren sentido en las actividades escolares, pues no solo participan activamente, sino que reconocen su propio avance a través del sistema de recompensas y de los retos progresivos diseñados.

De este modo, ambas estrategias se complementan para construir ambientes más motivadores, reducir la apatía y transformar la percepción del trabajo académico, generando experiencias más dinámicas, significativas y acordes al contexto actual del Bachillerato.



Fuente: Dr. Francisco Reyes.

De modo que, para tener mayor certidumbre, debemos de identificar, que la gamificación se refiere al uso de elementos propios de los videojuegos como puntos, niveles, recompensas, insignias o misiones en contextos no lúdicos, con el propósito de incrementar

la motivación y el compromiso de los participantes. Según Deterding *et al.* (2011), la gamificación moviliza principios psicológicos como la retroalimentación inmediata, el progreso visible y el logro de metas, factores que influyen de manera directa en la motivación intrínseca.

De lo anterior resulta, que uno de los componentes clave dentro de este enfoque es el esquema de recompensas, elemento que permite que las y los estudiantes visualicen sus avances y reciban reconocimiento por su desempeño.

Para Labrador (2016), este sistema opera bajo una lógica de progresión: conforme el participante avanza de nivel, obtiene privilegios o recompensas adicionales. Este principio, ampliamente utilizado en videojuegos, resulta particularmente efectivo con las nuevas generaciones que están familiarizadas con dinámicas lúdicas, retos progresivos y entornos altamente interactivos.

Esto nos lleva, a que en el contexto de Bachillerato, la aplicación de la gamificación permite transformar actividades tradicionales en retos significativos, promoviendo mayor constancia, participación y sentido de logro. La implementación de un sistema de puntos acumulativos; puntos



adicionales para llegar a los 100 puntos, favoreciendo la permanencia y la actitud positiva hacia las tareas académicas, reforzando la percepción de avance continuo.

Debido a que, identificar, que el Aprendizaje Activo, como fundamento pedagógico centrado en el estudiante, es un enfoque que sitúa al estudiante como protagonista en la construcción del conocimiento.

Este modelo rechaza la idea del estudiante pasivo y propone su participación directa mediante actividades que implican análisis, interpretación, reflexión, creación y resolución de problemas. De acuerdo con Bell, Lema y Martín (2024), las y los estudiantes aprenden mejor cuando se involucran activamente, conectan los contenidos con su experiencia y participan en tareas que requieren pensamiento profundo.

En vista de que, a diferencia del enfoque tradicional, en donde la y el educadora (o) transmite información y la o el estudiante memoriza, el Aprendizaje Activo promueve que los jóvenes:

- ψ investiguen, discutan y tomen decisiones;
- ψ reflexionen sobre sus procesos de aprendizaje;
- ψ apliquen conocimientos a situaciones reales;
- ψ colaboren para construir significados compartidos.

De tal manera, este cambio representa una transformación significativa en el contexto del Bachillerato, donde las generaciones actuales demandan metodologías más dinámicas, flexibles y coherentes con sus formas de aprender. La literatura señala que este enfoque mejora la comprensión, incrementa la motivación y reduce la apatía generalizada observada en aulas tradicionales (Prince, 2004).

Conjuntamente, la Evaluación Formativa cumple un papel esencial en los procesos educativos innovadores, ya que se centra en acompañar el progreso del estudiante mediante retroalimentación continua, clara y orientada al crecimiento.

Para Black y Wiliam (1998), la evaluación formativa no solo mide, sino que transforma el aprendizaje al proporcionar información que permite ajustar estrategias, corregir errores y fortalecer sus habilidades para la vida.

Por su puesto, que en contraste, la evaluación tradicional suele enfocarse únicamente en calificar resultados finales, lo que limita su potencial pedagógico y contribuye a la desmotivación estudiantil. En el Bachillerato, esta situación se agrava cuando los estudiantes no perciben



sentido en sus tareas ni en los criterios de evaluación.

Cabe señalar, que La evaluación formativa, prioriza el proceso por encima del resultado; en particular, brinda retroalimentación inmediata oportuna; sobre todo, hace explícitos los criterios de logro; indiscutiblemente, favorece la autonomía; y en particular, motiva la autorregulación del aprendizaje.

En último término, la revisión bibliográfica realizada, ha permitido observar que la combinación de estos elementos puede transformar las dinámicas dentro del aula, mejorar la disposición hacia las actividades escolares y fortalecer el vínculo entre las y los estudiantes con relación a las y los docentes.

En definitiva, la integración de la Gamificación, el Aprendizaje Activo y la Evaluación Formativa genera un ecosistema pedagógico articulado que responde de manera efectiva a las características del estudiantado de Bachillerato.

En particular estos enfoques permiten:

- ψ combatir la apatía y el desinterés generado por la enseñanza tradicional;
- ψ incrementar la motivación mediante recompensas y retos;
- ψ promover la participación activa y el pensamiento crítico;
- ψ dar sentido al aprendizaje mediante retroalimentación continua;
- ψ crear ambientes más estimulantes, cercanos y significativos.

Finalmente, Aguirre (20121), propone un concepto paralelo al término de metodologías activas, definiéndolo como una serie de estrategias y técnicas que buscan el aprendizaje efectivo del estudiantado, a la vez que fomentan la participación activa, la colaboración y la aplicación práctica de conocimientos. En particular, aplicar las metodologías activas implica para la y el docente, conocer bien a sus estudiantes, por ejemplo: ¿cuáles son sus ideas previas?, ¿qué son capaces de aprender en un momento determinado? En pocas palabras, los elementos motivantes y des motivantes tanto internos como externos, sus hábitos, valores y actitudes para el estudio (que podemos apoyarnos con las Unidades de aprendizaje de Tutoría).



# Los Proyectos de aplicado a Socioemocionales.

## Innovación social: las Habilidades

4. Mtra. Carolina Gómez Saldivar.

La investigación es un proceso que se inicia con el análisis de un problema, el cual requiere solución, y para encontrarla el estudiante tiene que construir un diseño de análisis que le permita paulatinamente descubrir, describir y si es posible, analizar, explicar y predecir de manera probabilística determinadas situaciones, así como los efectos de una solución proporcionada.

En este artículo describiré algunos resultados de la investigación realizada a mi cargo, la cual se centró en la teoría de la motivación (Maslow 1943), la cual describe el resultado de un proyecto realizado con jóvenes de bachillerato.

El objetivo principal fue analizar de qué manera las habilidades socioemocionales influyen en la capacidad de las y los jóvenes para diseñar, sostener e innovar un proyecto social, identificando los factores emocionales, relaciones y cognitivos que fortalecen o limitan el proceso

creativo y la toma de decisiones en contextos comunitarios.

Se identificó, mediante el método cuantitativo, si los jóvenes aprenden a expresar sus emociones en la familia y cómo esto influye en su entorno social. Asimismo, se pudo detectar los factores que afectan su motivación y cómo la actitud positiva o negativa interfiere en su desarrollo personal y cómo es que les permite a los miembros de un equipo adaptarse a nuevas circunstancias y mantener el interés y el compromiso.

A partir del análisis realizado, se concluye que las habilidades socioemocionales no solo son un recurso complementario, sino un elemento central para fortalecer la adaptabilidad, el impacto positivo y el bienestar general de las y los participantes en la gestión de proyectos de innovación social.

Los proyectos de innovación social constituyen una estrategia pedagógica pertinente para la formación integral de estudiantes de



bachillerato, al vincular el aprendizaje académico con la atención de problemáticas reales del entorno social. A través de estos proyectos, el estudiantado no solo adquiere conocimientos conceptuales, sino que desarrolla y pone en práctica habilidades socioemocionales fundamentales, tales como la empatía, la autorregulación emocional, el trabajo colaborativo, la comunicación asertiva, la toma de decisiones responsables y el sentido de compromiso social.

Puede anotarse, que los proyectos de innovación social constituyen una estrategia pedagógica pertinente para la formación integral de estudiantes de bachillerato, al vincular el aprendizaje académico con la atención de problemáticas reales del entorno social.

Cierto es que, a través de estos proyectos, el estudiantado no solo adquiere conocimientos conceptuales, sino que desarrolla y pone en práctica sus habilidades socioemocionales, las cuales son primordiales, entre ellas la autorregulación emocional, el autocontrol, la autonomía, la toma de decisiones responsables y el sentido de compromiso social.

Desde esta perspectiva, la **inferencia de habilidades**

**socioemocionales** se convierte en un eje clave, ya que permite identificar, analizar y fortalecer dichas competencias a partir de las acciones, reflexiones y productos generados durante la implementación de proyectos de innovación social. Este enfoque favorece procesos de aprendizaje significativo, al situar al estudiante como agente activo de cambio, consciente de su realidad y corresponsable de la transformación social.

Lo dicho hasta aquí, nos lleva a identificar, que la implementación de proyectos de innovación social en el nivel medio superior es altamente factible, debido a que se integra de manera transversal al currículo vigente, aprovecha recursos institucionales existentes y promueve metodologías activas como el aprendizaje basado en proyectos, el trabajo colaborativo y la reflexión guiada.

Asimismo, su diseño es flexible y adaptable a distintos contextos escolares, permitiendo su desarrollo en espacios presenciales y virtuales, sin requerir infraestructura especializada o recursos extraordinarios.

Todo esto confirma, que la trascendencia de estos proyectos radica en su impacto formativo y social. En el plano educativo, fortalecen el desarrollo



de habilidades socioemocionales indispensables para la vida académica, personal y profesional de los estudiantes. En el plano social, contribuyen a la sensibilización frente a problemáticas comunitarias, fomentando una ciudadanía crítica, participativa y ética. De esta manera, los aprendizajes adquiridos trascienden el aula y se proyectan hacia la construcción de entornos más justos, solidarios e inclusivos.

Teniendo en cuenta, la población de bachillerato transita por una etapa del desarrollo marcada por profundas transformaciones emocionales, sociales y cognitivas, en la que se configuran la identidad, el autoconcepto y los proyectos de vida.

Por supuesto, que esta condición evolutiva, sumada a contextos sociales frecuentemente caracterizados por desigualdad, violencia, exclusión, rezago educativo y fragilidad en el bienestar emocional, incrementa su nivel de vulnerabilidad psicosocial, colocándolos en mayor riesgo de deserción escolar, conductas de riesgo y afectaciones a la salud mental.

En este escenario, los proyectos de innovación social se constituyen en una estrategia pedagógica y preventiva de alto impacto, al ofrecer espacios

estructurados de participación activa, reflexión crítica y acción comunitaria, donde los estudiantes pueden transformar la experiencia de vulnerabilidad en oportunidades de aprendizaje y fortalecimiento personal.

Sobre todo, que a través de estos proyectos se potencian factores protectores como la resiliencia, la empatía, la autorregulación emocional, el sentido de pertenencia y la corresponsabilidad social, contribuyendo de manera significativa a la prevención de la vulnerabilidad psicosocial y al desarrollo de trayectorias educativas más saludables, significativas y sostenibles.

En efecto, desde una perspectiva de responsabilidad social, los aprendizajes generados trascienden el espacio escolar, al promover acciones orientadas al bienestar comunitario y a la construcción de entornos más inclusivos y resilientes, en concordancia con los objetivos institucionales de desarrollo social sostenible y cultura de paz.

Conjuntamente, en este marco, los proyectos de innovación social se consolidan como una estrategia preventiva alineada a la política educativa y a la responsabilidad social institucional, al fortalecer factores protectores como la resiliencia, la



empatía, la participación activa, el sentido de pertenencia y la corresponsabilidad social.

Indiscutiblemente, su implementación contribuye a la atención integral de la vulnerabilidad psicosocial, promoviendo trayectorias educativas más equitativas, saludables y significativas, y reforzando el papel de la escuela como espacio de protección, inclusión y transformación social.

En conclusión, la implementación de proyectos de innovación social en el nivel medio superior constituye una estrategia educativa con alto impacto formativo y social, al incidir de manera directa en el desarrollo de habilidades socioemocionales, la prevención de la vulnerabilidad psicosocial y la consolidación de una cultura de responsabilidad social en la comunidad escolar.

Por consiguiente, el impacto del proyecto se manifiesta tanto en el fortalecimiento de las trayectorias educativas del estudiantado mejorando su participación, permanencia y bienestar emocional como en la generación de acciones orientadas al beneficio del entorno social inmediato.

Por esta razón, la evaluación del proyecto se concibe como un proceso continuo, formativo e integral, sustentado

en la observación sistemática, la reflexión crítica y la valoración de evidencias de desempeño, que permiten inferir el desarrollo de habilidades socioemocionales a partir de la participación activa del estudiantado, la calidad de los productos generados y el nivel de involucramiento comunitario.

Teniendo en cuenta, que este enfoque evaluativo favorece la toma de decisiones informadas, la mejora continua del proyecto y la rendición de cuentas conforme a los principios de la política educativa vigente.

Finalmente, la sostenibilidad del proyecto se garantiza mediante su alineación con los planes y programas institucionales, su carácter transversal y su capacidad de adaptación a distintos contextos escolares.

Debido a que, al fortalecer factores protectores, promover la corresponsabilidad y optimizar los recursos existentes, los proyectos de innovación social se consolidan como una estrategia replicable y escalable, capaz de mantenerse en el tiempo y de contribuir de manera permanente a la formación integral del estudiantado y al cumplimiento de los objetivos institucionales de desarrollo social y educativo sostenible.



# Prevalencia del Síndrome de Fatiga Ocular (SFO).

5. Lic. Leidi Faisury Perea Tegüe.

En la revisión bibliográfica sobre Riesgos Laborales en los últimos años, no sólo investigaciones sino también de ámbito general, se observa la importancia de la temática sobre Fatiga Visual. Este incremento no puede atribuirse a su consideración dentro del marco jurídico, sino a la importancia creciente que se atribuye al llamado factor humano y constatando un incremento en la atribución directa de causalidad psicosocial, problemática laboral que derivara en incapacidades (Aranguren, 2014).

Algunos estudios (Blehm, Vishnu, Khattak, Mitra, y Yee, 2005; Bali, Navin, Thakur, 2007) demuestran que las alteraciones visuales son un problema frecuente entre usuarios de dispositivos electrónicos, y se han incrementado con rapidez, se estima que el 90% de las Personas Trabajadoras que utilizan el ordenador más de tres horas al día los experimentan de alguna forma. La razón de que se haya generalizado el término Síndrome de Visión en Computadora

(SVC; CVS: computer vision syndrome) o Síndrome Visual Informático (SVI), para designar al conjunto de síntomas (tensión ocular, fatiga ocular, irritación, sensación de ardor, enrojecimiento, visión borrosa y visión doble) resultado de trabajar con ordenadores u otros dispositivos con pantalla.

Teniendo en cuenta, que la sequedad ocular secundaria a la disminución de la frecuencia de parpadeo se puede controlar fácilmente aplicando gotas oculares lubricantes o lágrimas artificiales. Se alienta a las personas trabajadoras que tienen síntomas repetidos del síndrome de visión por computadora a que se sometan a una revisión y evaluación adecuadas por parte de un optometrista (Nieto y Córdova, 2021).

También cabe comparar, que la exposición prolongada a dispositivos digitales a corta distancia visual, particularmente en los centros de trabajo, ha convertido al Síndrome de Fatiga Ocular (SFO) en una de las



afecciones más frecuentes en los países desarrollados. Su alta prevalencia trasciende el ámbito individual y lo posiciona como un problema relevante de salud pública, debido a su impacto directo en el desempeño laboral.

Las molestias oculares y visuales asociadas al SFO se traducen en disminución de la productividad, mayor fatiga laboral y un incremento de los costos indirectos derivados del ausentismo, la atención médica y la reducción de la eficiencia en el trabajo.

Por consiguiente, en las últimas décadas, la sociedad ha experimentado un gran cambio. La llegada de la era tecnológica, y con ella el uso generalizado de dispositivos electrónicos, ha revolucionado el panorama actual tanto en el ámbito laboral, como en el académico y en el hogar.

Por lo tanto, es innegable que estos avances contribuyen eficazmente en la solución de problemas de la vida moderna, economía del tiempo, eficiencia en el trabajo y organización de tareas. Sin embargo, lleva al incremento ciertas patologías.

Por consiguiente, la revisión de la literatura científica muestra posturas divergentes respecto al comportamiento del SFO. Mientras la mayoría de los autores reportan un aumento progresivo

de su prevalencia, otros señalan una posible disminución atribuida a la optimización de los equipos y de las condiciones de trabajo.

Asimismo, se reconoce una frecuente sobreestimación de los síntomas, relacionada con el uso intensivo de dispositivos electrónicos fuera del entorno laboral.

A pesar de estos resultados dispares, se observa de manera consistente una asociación significativa entre el tiempo de exposición y la aparición de síntomas, así como una mayor incidencia en el género femenino y en personas usuarias de lentes de contacto. En este contexto, la mejora del ambiente de trabajo se posiciona como la principal estrategia preventiva.

Esto nos relaciona, con la prevención de la enfermedad; por esta razón, el Síndrome de Fatiga Ocular (SFO), también conocido como *fatiga visual* o *astenopia*, es reconocido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como una enfermedad de origen laboral.

Porque se caracteriza por un conjunto de manifestaciones que incluyen molestias oculares como picor, ardor, sequedad, lagrimeo excesivo, parpadeo frecuente y dolor ocular, alteraciones visuales entre ellas visión



borrosa, visión fragmentada y diplopía, así como síntomas extraoculares, tales como cefalea, vértigo, molestias cervicales y náuseas.

Como resultado de ello, debemos considerar, que el Síndrome de Fatiga Ocular (SFO) se configura como una problemática emergente de la salud ocupacional, lo que está estrechamente vinculado a las condiciones organizacionales y a las modalidades actuales de trabajo. En este sentido, su abordaje se alinea directamente con los lineamientos establecidos en la NOM-035-STPS-2018 y la NOM-037-STPS-2023.

En este sentido, debemos analizar los dos marcos legales: Desde la perspectiva de la NOM-035-STPS-2018, el SFO, puede entenderse como una manifestación física asociada a factores de riesgo psicosocial, tales como las altas cargas de trabajo, la prolongación de jornadas frente a pantallas, la insuficiente recuperación visual, el estrés laboral crónico y la exposición continua a demandas cognitivas elevadas.

De manera que, estas condiciones son factores de riesgo, no solo la aparición de síntomas visuales, sino también su coexistencia con cefalea, tensión muscular y malestar general, impactando negativamente en

el bienestar y desempeño de la persona trabajadora.

Ahora bien, la NOM-037-STPS-2023, al regular las condiciones de seguridad y salud en el teletrabajo, adquiere especial relevancia en la prevención del SFO, al reconocer los riesgos ergonómicos y físicos derivados del uso intensivo de equipos de cómputo fuera del centro laboral tradicional.

Por su puesto, que la norma enfatiza la importancia de contar con estaciones de trabajo adecuadas, iluminación apropiada, pausas activas, capacitación en autocuidado visual y evaluación de las condiciones del entorno remoto, factores clave para disminuir la exposición prolongada a pantallas y, con ello, la fatiga ocular.

En conjunto, ambas normas establecen un marco legal que da certidumbre y permite integrar la prevención del SFO dentro de las estrategias de seguridad y salud en el trabajo, reconociéndolo no solo como una afección visual aislada, sino como un fenómeno multifactorial asociado a la organización del trabajo, la salud mental y las nuevas formas de desempeño laboral, particularmente en contextos de manejo de monitores o dispositivos electrónicos con impacto en la parte ocular.



Diversas investigaciones en el ámbito de la salud ocupacional señalan que las alteraciones visuales constituyen una de las problemáticas más prevalentes entre las personas usuarias de monitores de visualización (García y García, (2010); Bali, (2014); Prado, Morales y Molle (2017)).

De la misma manera, su frecuencia muestra un incremento sostenido, estimándose que alrededor del 90 % de las personas trabajadoras que utilizan el ordenador por más de tres horas diarias presentan algún tipo de manifestación visual. En este contexto, se ha consolidado el uso de los términos síndrome de visión en computadora Computer Vision Syndrome (CVS) o síndrome visual informático (SVI) para describir el conjunto de síntomas como tensión y fatiga ocular, irritación, sensación de ardor, enrojecimiento, visión borrosa y diplopía derivados de la exposición prolongada a pantallas durante la jornada laboral.

Estas manifestaciones representan un riesgo ocupacional emergente, estrechamente relacionado con las condiciones ergonómicas, organizacionales y ambientales del trabajo, y subrayan la necesidad de implementar estrategias preventivas en los entornos laborales contemporáneos.

Indiscutiblemente, la presente revisión bibliográfica, tiene el propósito de sistematizar y analizar el conocimiento científico existente sobre el Síndrome de Fatiga Ocular como riesgo laboral emergente, permitiendo identificar tendencias, consensos y divergencias en la literatura especializada.

No obstante, su utilidad radica en integrar aportaciones teóricas, epidemiológicas y normativas que facilitan una comprensión integral del fenómeno dentro del campo de la salud ocupacional.

En particular, el impacto de esta revisión en la población lectora de epistemología, lo que se refleja en la generación de evidencia accesible y contextualizada que contribuye a la toma de decisiones informadas en materia de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y mejora de las condiciones de trabajo.

En consecuencia, al visibilizar las consecuencias del SFO sobre el bienestar, la productividad y los costos indirectos, se fortalece la conciencia colectiva sobre la importancia de entornos laborales más seguros y saludables.

Desde una perspectiva interdisciplinaria, esta revisión aporta insumos relevantes a áreas como la



ergonomía, la psicología organizacional, la optometría, la salud pública y la gestión del trabajo, al articular la salud visual con los factores psicosociales, tecnológicos y organizacionales. De este modo, se promueve un enfoque integral que trasciende el análisis clínico y se orienta a la prevención en el ámbito laboral.

Asimismo, la revisión abona al abordaje de problemáticas actuales y futuras derivadas de la creciente digitalización del trabajo y del uso intensivo de dispositivos electrónicos, anticipando escenarios de mayor exposición visual y riesgo ocupacional. Esto permite sentar bases para el diseño de estrategias preventivas y políticas laborales acordes con las nuevas modalidades de trabajo.

Finalmente, se resalta la importancia de la recolección, análisis

crítico y comparación de la información científica como herramienta esencial para identificar vacíos de conocimiento, validar hallazgos previos y orientar futuras investigaciones.

En últimas, la revisión bibliográfica se consolida así como un paso indispensable para el desarrollo de propuestas de intervención fundamentadas en evidencia y alineadas con los marcos normativos de seguridad y salud en el trabajo.



# Agenda 2030: Objetivos de Desarrollo Sostenible, oportunidades para América Latina y el Caribe.



Fuente: Sarah Rodríguez (Sociedad y Cultura) Recuperado de: <https://colaborativo.net/todo/sociedad-y-cultura/desarrollo-sostenible-agenda-universal/>  
Disponible: 15-01-2025.

El siguiente punto, trata de la Agenda para el Desarrollo Sostenible (septiembre, 2015), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, constituye una ruta transformadora orientada a impulsar la sostenibilidad económica, social y ambiental en los 193 Estados Miembros que la respaldaron.

Podemos mencionar, que este acuerdo global establece un marco

estratégico de largo alcance que guiará las acciones de gobiernos e instituciones durante los próximos 15 años, con el propósito de promover un desarrollo inclusivo, equitativo y respetuoso con el planeta.

Es importante destacar que la Agenda representa un compromiso universal, mediante el cual los Estados miembros se comprometen a fomentar un desarrollo humano sostenible e



inclusivo, centrado en el bienestar de las personas y en la protección de los recursos naturales. La Agenda está conformada por 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que abordan desafíos prioritarios como la pobreza, la desigualdad, el cambio climático, la educación, la salud, la justicia y la construcción de sociedades pacíficas. Estos objetivos funcionan como un mapa de acción global que articula metas concretas y medibles para enfrentar los retos contemporáneos.

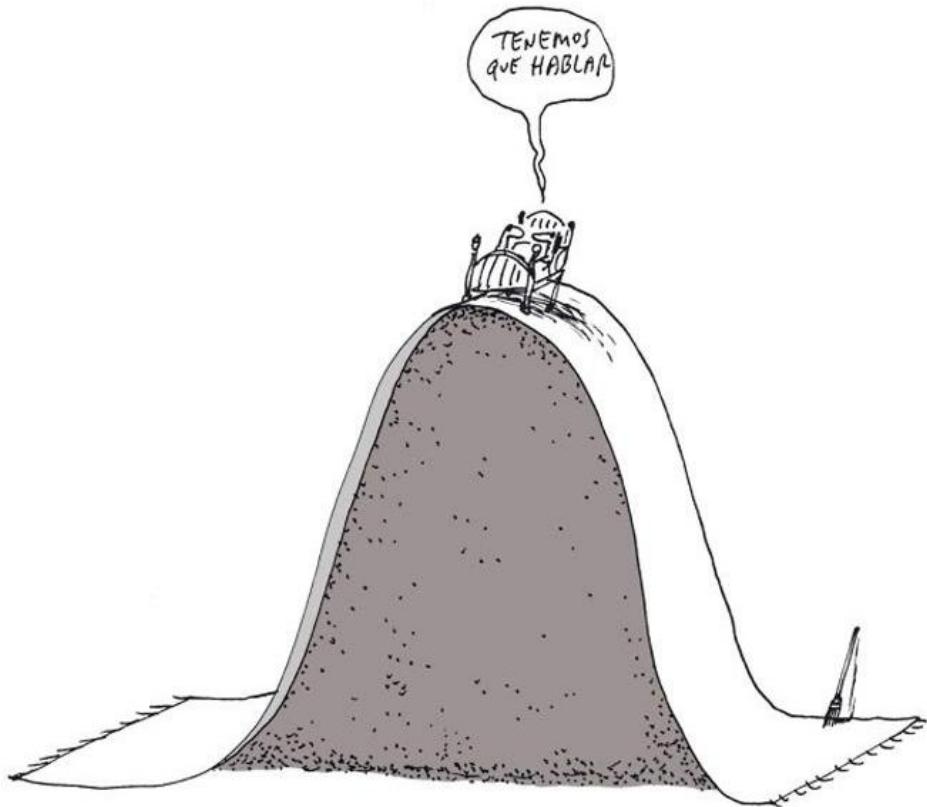
De manera relevante, los ODS no solo buscan transformar las políticas públicas, sino también promover una corresponsabilidad entre gobiernos, sector privado, academia, organizaciones civiles y ciudadanía, reconociendo que el desarrollo sostenible solo puede alcanzarse mediante la cooperación y la

participación activa de todos los actores sociales.

Con todo lo ya antes mencionado, un punto fundamental a destacar es que la Agenda 2030, logró un amplio consenso al reconocer la educación inclusiva como uno de los pilares esenciales para el Desarrollo Sostenible de las personas y del planeta. Sin embargo, este acuerdo internacional no siempre se ha visto reflejado en la implementación efectiva de políticas, culturas institucionales y prácticas educativas en numerosos países de la Región de las Américas, donde persisten brechas significativas que limitan el acceso, la equidad y la calidad educativa.



# Momento Humorístico



TM

Fuente: Psicología con humor. (Centro Orovilla) Recuperado de: <https://psicochistes.blogspot.com/2013/02/el-humor-de-tutte.html?m=1> Disponible: 12-11-25.

El Humor es un tópico multidimensional y complejo, tan diverso como la vida misma. Martín (2008), destaca la importancia de considerar diversas dimensiones para comprenderlo: los aspectos cognitivos, relacionados con los procesos mentales, la percepción, la comprensión, la creación y la apreciación de incongruencias; los aspectos emocionales, vinculados al placer y la

diversión; los aspectos conductuales o motrices, como las expresiones faciales, los gestos, la postura corporal y la risa; los aspectos psicofisiológicos, que incluyen la respiración y las respuestas del sistema nervioso, hormonal y neuronal; así como los aspectos sociales y contextuales, que influyen en cómo se expresa y se interpreta el humor.



# Calendario de la Salud Universal

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024), los días internacionales de salud pública representan una valiosa oportunidad para generar conciencia, promover la comprensión de los principales problemas sanitarios y movilizar el apoyo a acciones concretas, desde el ámbito comunitario hasta el escenario global.

A lo largo del año se conmemoran numerosos días mundiales dedicados a temas o condiciones de

salud específicas, que van desde el Alzheimer hasta las zoonosis.

No obstante, la OPS/OMS otorga una atención especial a aquellas fechas que han sido designadas como días oficiales de Salud Pública en la región, establecidos por los Estados Miembros. Estas efemérides reflejan prioridades colectivas y se convierten en momentos clave para la educación, la participación social y la acción política en favor de la salud pública regional.

## 2025: Año Internacional de la Paz y la Confianza.

|          |  |
|----------|--|
| Enero:   | 02- Día Mundial de los Introvertidos<br>02- Día del Entrenador Personal<br>04-Día Mundial del Braille<br>05- Día de la Industria Farmacéutica.<br>06_ Día de acurrucarse (USA)<br>13- Día Mundial de la Lucha Contra la Depresión.<br>16- Día sin bisturí.<br>18- Día del Esteticista (Brasil)<br>27- Día Nacional del Nutriólogo.<br>27- Día del saca leche<br>29- Día del Trabajador Social (Venezuela)<br>31- Día Mundial de la Lepra (último domingo de enero) |
| Febrero: | 04- Día Mundial contra el Cáncer.<br>06- Día mundial contra la mutilación genital femenina.<br>08- Día Internacional de la Epilepsia.<br>09- Día del dolor de dientes (USA)<br>11- Jornada mundial del enfermo.<br>14- Día del amor y la amistad (se propone que se hable de las emociones o efectos positivos del amor sobre la Salud).   |



|        |   |
|--------|---|
|        | 15- Día Internacional del Cáncer Infantil.<br>18- Día Mundial del Síndrome de Asperger.<br>20- Día Mundial de la Justicia Social.<br>21- Día Internacional de la Lengua Materna.<br>22- Día mundial de la encefalitis.<br>27- Día mundial de la Anosmia. (pérdida del olfato)<br>27- Día Mundial del Trasplante.<br>28- Día Mundial de las Enfermedades Raras.  |
| Marzo: | 01- Día de la concienciación de la Auto Lesión.<br>03- Día Mundial de los Defectos de Nacimiento.<br>04- Día internacional de la obesidad.<br>03- Día Internacional de la Audición.<br>05- Día de la personalidad múltiple, trastorno de identidad múltiple. Se le conoce a su vez cómo (TDI) trastorno de identidad disociativa.<br>08- Día Internacional de los derechos de la Mujer.<br>11- Día Mundial del Riñón (segundo jueves del mes).<br>12- Día Mundial contra el Glaucoma.<br>15- Día Mundial del Sueño<br>15- Día Mundial de los Derechos del Consumidor.<br>20- Día Internacional de la felicidad.<br>22- Día Mundial del Agua.<br>24- Día Mundial de la Tuberculosis.<br>26- Día Mundial de la Epilepsia.<br>30- Día Mundial del Trastorno Bipolar.<br>31- Día Mundial contra el Cáncer de Colón. |
| Abril: | 02- Día Mundial de la Concientización sobre el Autismo.<br>07- Día Mundial de la Salud.<br>10- Día del Investigador Científico.<br>11- Día Mundial del Parkinson.<br>24- Día Mundial Contra la Meningitis.<br>25- Día Mundial del Paludismo.<br>28- Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.<br>28- Día Internacional de Concienciación sobre el Ruido (último miércoles del mes).   |
| Mayo:  | 01- Día del Trabajador.<br>02- Día Mundial de la Risa (1er. domingo).<br>03- Día Mundial de la Libertad de Prensa.<br>04- Día mundial del asma (1er. Martes).<br>05- Salve vidas: límpiese las manos.<br>08- Día Mundial del Cáncer de Ovario.<br>08- Día de la Cruz Roja Internacional.<br>10- Día Mundial del Lupus.<br>12- Día de la Fonoaudiología.<br>12- Día Mundial de la Fibromialgia y del Síndrome de la Fatiga Crónica<br>15- Día Mundial de la Familia.<br>17- Día Mundial de la Hipertensión.  |



|             |   |
|-------------|---|
|             | 12- Día Internacional de la Enfermería.<br>12- Día Internacional de la Familia.<br>17- Día Mundial de la Hipertensión.<br>20- Día de la Psicología.<br>21- Día Mundial de la Salud Visual.<br>22- Día Internacional de la Diversidad Biológica.<br>24- Día Internacional de la Epilepsia.<br>27- Día Mundial de la Medicina de Urgencias y Emergencias.<br>28- Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres.<br>31- Día Mundial sin Tabaco.<br>31- Día Internacional Contra la Esclerosis Múltiple.  |
| Junio:      | 04- Día Internacional de los Niños Víctimas Inocentes de la Agresión.<br>05- Día Mundial del Medio Ambiente.<br>06- Día Mundial de los Trasplantados.<br>08- Día Mundial del Terapista del Lenguaje.<br>11- Día Internacional del Cáncer de Próstata.<br>12- Día Mundial Contra el Trabajo Infantil.<br>14- Día Mundial del Donante de Sangre.<br>15- Día Mundial contra el Abuso de Ancianos.<br>17- Día Mundial de Lucha contra la Desertificación y la Sequía.<br>18- Día del Orgullo Autista.<br>26- Día Internacional de la Lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de Drogas.<br>26- Día Internacional en Apoyo a las Víctimas de la Tortura. |
| Julio:      | 08- Día Mundial de la Alergia.<br>11- Día Mundial de la Población.<br>13- Día Internacional del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.<br>22- Día Mundial del Cerebro.<br>28- Día Mundial contra la Hepatitis.   |
| Agosto:     | 09- Día Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo.<br>08- Día Internacional del Orgasmo.<br>12- Día Internacional de la Juventud.<br>15- Día Mundial de la Relajación.<br>16- Día Mundial de la Esquizofrenia.   |
| Septiembre: | 03- Día de la Higiene.<br>04- Día Mundial de la Salud Sexual.<br>08- Día Internacional de la Alfabetización.<br>10- Día Mundial para la Prevención del Suicidio.<br>16- Día Internacional de la Preservación de la Capa de Ozono.<br>21- Día Internacional de la Paz.<br>21- Día Mundial del Alzheimer.<br>23- Día Internacional de las Personas Sordas.<br>23- Día Mundial del Síndrome de las Piernas Inquietas.<br>28- Día Mundial de la Rabia.  |



|            |   |
|------------|---|
|            | 29- Día Mundial del Corazón.  |
| Octubre:   | 01- Día Internacional de las Personas Adultas Mayores.<br>02- Día Mundial de la No Violencia.<br>04- Día de la Medicina del Trabajo (Día del Médico Laboral).<br>10- Día Mundial de la Salud Mental.<br>11- Día Mundial de la Obesidad.<br>11- Día Internacional de la Niña.<br>12- Día Mundial de la Visión.<br>13- Día Internacional para la Reducción de los Desastres.<br>15- Día Mundial del Lavado de Manos.<br>16- Día Mundial de la Alimentación.<br>17- Día Internacional para la Erradicación de la Pobreza.<br>17- Día Mundial Contra el Dolor.<br>19- Día Mundial para la Prevención del Maltrato Infantil.<br>19- Día Mundial del Cáncer de Mama.<br>24- Día de las Naciones Unidas.<br>24- Día Mundial de la Polio. |
| Noviembre: | 08- Día Internacional de la Dislexia.<br>08- Día Mundial de la Radiología.<br>12- Día Mundial de la Obesidad.<br>14- Día Mundial de la Diabetes.<br>15- Día Mundial Sin Alcohol.<br>15- Día Mundial de las Víctimas de Accidentes de Tránsito (3er. Domingo).<br>16- Día Internacional de la Tolerancia.<br><b>19- Día Mundial de Conmemoración de las Víctimas del Tránsito.</b><br>21- Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.<br>21- Día Universal del Niño.<br>25- Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.<br>30- Día Internacional de Lucha Contra los Trastornos Alimentarios.  |
| Diciembre: | 01- Día Mundial del VIH/ Sida.<br>03- Día Internacional de las Personas con Discapacidad.<br>03- Día Panamericano del Médico.<br>10- Día de los Derechos Humanos.<br>12- Día de la Salud Universal.   |

Fuente: Elaboración propia.



# Líneas de Atención Psicológica

---

## ¿Dónde podemos solicitar apoyo para la intervención?

### Servicios de atención psicológica, crisis y apoyo emocional en México

#### Emergencias y crisis

- ψ Línea de atención telefónica: 9-1-1
- ψ Línea de intervención en crisis de la Secretaría de Salud Jalisco: 075
- ψ Línea de la Vida (salud mental, adicciones, crisis): 800 911 2000
- ψ SAPTEL (Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis)  
01-800-472-7835

#### Atención especializada en Duelo, Salud Mental y Psicoterapia

- ψ Clínica Virtual del Duelo: 33 18 71 7772
- ψ SALME (Servicios de Salud Mental del Estado de Jalisco) 33 38 33 3838

#### Universidades e Instituciones académicas

- ψ Psicología UNAM (orientación psicológica): 55 50 25 08 55
- ψ Psiquiatría y Salud Mental: 55 56 23 2127
- ψ CESEPCO (Centro de Servicios Psicológicos para la Comunidad) 33 33 42 0261 / 33 33 42 0262
- ψ CAPIB (Clínicas de Atención Psicológica para el Bienestar) Centro Universitario de Ciencias de la Salud: 33 1058 5200 ext. 33756

#### Atención para mujeres

- ψ Línea Mujer: 01-800-00-MUJER

#### Unidades de atención en crisis y primeros auxilios psicológicos

- ψ UPAC (Unidad Policiaca de Atención en Crisis): 33 36 68 7940
- ψ UPIP (Unidad Psicológica de Intervención Primaria): 33 36 52 0451

#### Atención en el interior del estado

- ψ Interior del Estado (Jalisco): 01 800 227 4747



# Requisitos para la recepción de los artículos

---

- ψ Nombre del artículo.
- ψ Nombre de la, el, elle autor o lxs, autorxs.
- ψ Área de la salud mental para publicación.
- ψ Las citas, quedan a criterio del autor del artículo.
- ψ Referencias. (sujetas al criterio del autor del Artículo)
- ψ Extensión dos cuartillas mínimo, máximo diez.
- ψ Elaborado en documento Word.
- ψ Letra Arial once.
- ψ Interlineado 1.5
- ψ Si se incluyen citas, marcar la referencia en el texto.
- ψ Referencias estilo APA sexta edición. 
- ψ Es importante entender, que el profesional que nos envía el artículo es quien se hace responsable de no utilizar plagio con el uso de publicaciones de otros autores. Se solicita de favor utilicen las referencias o citas adecuadas para evitar cualquier tipo de inconveniente.

## **NOTA . . .**

Si la o el autor (es) del artículo lo desea, pueden incluir un correo de contacto personal para que quienes lean su artículo le puedan consultar dudas o compartir información. No obstante, se puede apegar a los criterios de privacidad y manejo de datos.

## **NOTA . . .**

Si bien es cierto las referencias no siempre se agregan a la publicación por elección de las y los autores de los artículos, debemos mencionar, que tenemos un espacio de consulta para las referencias bibliográficas que se incluyen de algunos de los artículos y materiales de nuestro ejemplar.



# Profesionales que apoyan en la Publicación de los artículos.

---

● 1. Profesores e Investigadores Titulares, adscritos al Departamento de Educación y Comunicación de la División de Ciencias y Humanidades de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM Xochimilco).

● 2. Profesor del Departamento de Psicología Básica del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) y Profesor del Departamento de Bienestar y Desarrollo Sustentable del Centro Universitario del Norte (CUNORTE) de la Universidad de Guadalajara, durante el periodo 2020-A. Doctorado en Ciencias de la Salud Ocupacional por el CUCS. Ha desempeñado cargos de liderazgo académico y profesional, entre ellos Presidente de SELP, UDG, A. C. (2014–2017) y Secretario de Comunicaciones de FENAPSIME, A. C. (2022–2024).

Actualmente, se desempeña como Profesor de Educación Media Superior en la Escuela Preparatoria de San José del Valle y en el módulo Hacienda Santa Fe, en Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco. Asimismo, es Integrante del Directorio de Asesores 2025 del Programa Delfín, contribuyendo a la formación y acompañamiento de jóvenes en procesos de investigación científica.

● 3. Ha sido Jefa del Departamento de Ciencias Sociales, fue Coordinadora Académica; y actualmente se desempeña como Profesora en la Escuela Preparatoria No. 11 del Sistema de Educación Media Superior (SEMS) de la Universidad de Guadalajara. Al mismo tiempo, es Directora Editorial de la revista Esquemas de la Psicología.

ψ Actual Coordinadora Académica de la Escuela Preparatoria No. 11 del Sistema de Educación Media Superior (SEMS) de la Universidad de Guadalajara (U. de G.). Miembro del cuerpo docente en la Universidad de Guadalajara.

● 4. Es académica e investigadora vinculada con la Universidad de Guadalajara, adscrita al Centro Universitario del Sur (CUSur).

● 5. Licenciada en Administración en Salud Ocupacional, egresada de la Corporación (UNIMINUTO) Universitaria Minuto de Dios en Buenaventura, Valle del Cauca (Colombia). Fue becaria de investigación en la Estancia del XXVI Verano Delfín de Investigación Científica y Tecnológica del Pacífico, fortaleciendo sus competencias en investigación aplicada. Ha colaborado en la línea de investigación en Salud Ocupacional y su relación con los factores de riesgo en el trabajo, participando en un estudio desarrollado en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara (México), enfocado en académicos universitarios.

Actualmente se desempeña como Coordinadora General de la Revista Esquemas de la Psicología, aportando en la gestión editorial y en la difusión científica de temáticas psicológicas y de salud ocupacional.



# Contáctanos

#esquemasdelapsicologiaenlas3d3ssociales

Estamos a sus órdenes en nuestro correo electrónico:

[expresionesdelapsicologia@gmail.com](mailto:expresionesdelapsicologia@gmail.com)



En el cual podremos aclarar dudas, compartir experiencias y construir nuevos conocimientos.

También nos pueden seguir en FACEBOOK, en nuestro perfil:

"Esquemas de la Psicología: La Psicología"



Nos vemos en Twitter con el usuario @fr4nciscor3y3s

Esquemas de la psicología



Nos pueden visitar en nuestra página WIX en el siguiente link: <https://linea4zul.wixsite.com/esquemaspsicologia>



Nos pueden seguir en YouTube.

[https://www.youtube.com/channel/UCj45yx2kPTdQWhcXVSraj\\_a](https://www.youtube.com/channel/UCj45yx2kPTdQWhcXVSraj_a)

Esquemas de la Psicología.



Otra opción es Canal de WhatsApp, en la cual puedes tener acceso a la revista o en el sentido de poder aclarar dudas e incluso compartir información.



También estamos en plataforma ZOOM



Finalmente les invitamos a conocer el trabajo de la Revista iLévantate...Hoy! La revista del mundo de la discapacidad.

[http://www.levantatehoy.org/?page\\_id=94](http://www.levantatehoy.org/?page_id=94)





# Referencias

---

🍎 Referencia bibliográfica de la portada.

Colectivo Bicicleta Blanca Guadalajara. (2009). *Experiencias para la memoria*. Recuperado de: <https://experienciasparalamemoria.mx/bicicleta-blanca/> Disponible: 11-11-25.

🍎 Referencias bibliográficas del artículo: Un Punto de vista critico a la Psicología del Dolor y el Malestar.

Bordieu Pierre (1997). *Sobre la televisión*. Ed Anagrama, Barcelona.

Byung-Chul Han (2024). *La sociedad del cansancio*. Ed. Herder

Debor Guy (2002). *La sociedad del espectáculo*. Ed. Pre-textos

EHrenberg, Alain. (1998). *La fatiga de ser uno mismo. Ensayo sobre la depresión*. Foucault Michel. Vigilar y Castigar. *Historia de la locura*.

Illouz, Eva. (2010). *La salvación del alma moderna*. Ed. Katz

Illouz, Eva (2007). *El consumo de la utopía romántica*. Ed. Katz

Martin-Baro, Ignacio. *Psicología de la liberación*. Ed. Trotta

Montero, Maritza (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Ed. Paidós. Bs As. Argentina.

Szasz, Thomas (2025). "El mito a la enfermedad mental". Ed. Amorrortu.

🍎 Referencias bibliográficas del artículo: Transformando el Aula de Bachillerato: Evaluación Innovadora, Aprendizaje Activo y Gamificación.

Arreguín, M. (2011), *La Tecnología Celular: Un Recurso Motivacional-Cognoscitivo en la Pedagogía de la Ciencia*. Didac, Num. 59, enero-junio, pp. 24-29. Recuperado de: <https://silo.tips/download/24-la-tecnologia-celular-un-recurso-motivacional-cognoscitivo-en-la-pedagogia-de> Disponible: 11-01-25.

Bell, R., Lema, A. y Martin, Y. (2024). *Integración de la docencia y el aprendizaje activo en la educación superior. Metodologías, componentes y actores*. Revista: *Prohominum* vol.6 no.1 Villa de Cura mar. 2024 Epub 01-Nov-2024 Recuperado de: [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2665-01692024000100097#B3](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2665-01692024000100097#B3) Disponible: 11-02-25.

🍎 Referencias bibliográficas del artículo: Prevalencia del Síndrome de Fatiga Ocular (SFO) en el Profesorado.

Bali, J. (2014). *Síndrome de visión por computadora: una revisión*. Revista de oftalmología clínica e investigación <https://doi.org/10.33552/WJOVR.2019.02.000547> Recuperado de: [https://www.academia.edu/109991569/Computer\\_vision\\_syndrome\\_A\\_review](https://www.academia.edu/109991569/Computer_vision_syndrome_A_review) Disponible: 14-10-25.

García, P. y García, D. (2010). *Factores asociados al síndrome de visión por computadora debido al uso de computadoras*. Revista: *Investigaciones Andinas* versión impresa ISSN 0124-8146.



Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0124-81462010000100005&lng=es&nrm=is&tlang=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-81462010000100005&lng=es&nrm=is&tlang=en) Disponible: 20-10-25.

Prado, A., Morales, A, y Molle, J. (2017). *Síndrome de Fatiga ocular y su relación con el medio laboral*. Revista: *Med. segur. trab.* vol.63 no.249 Madrid oct./dic. 2017. Recuperado de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2017000400345](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000400345)  
Disponible: 21-10-25.



# Mensaje Institucional

---

Nuestra revista se distingue por su compromiso con la divulgación académica rigurosa, promoviendo la reflexión crítica y la producción de conocimiento desde una perspectiva ética y transparente.

Confirmamos que no existe ningún conflicto de intereses entre el equipo editorial, los autores, los revisores y las instituciones involucradas en cada una de las publicaciones que conforman nuestros ejemplares. Es decir, cada artículo es evaluado bajo criterios de imparcialidad, confidencialidad y estricta integridad académica.

Asimismo, hacemos uso de imágenes, gráficos y recursos visuales

que enriquecen la comprensión de los contenidos y facilitan la exposición de ideas, siempre respetando los derechos de autor, las licencias correspondientes y los lineamientos editoriales establecidos.

Estos elementos visuales no influyen en la evaluación de los trabajos ni generan beneficios particulares para los participantes del proceso editorial, toda imagen utilizada está referenciada.

Nuestra labor continúa, orientada a garantizar la calidad, transparencia y ética que caracterizan a esta revista, fortaleciendo el acceso al conocimiento y promoviendo una ciencia responsable al servicio de la comunidad.

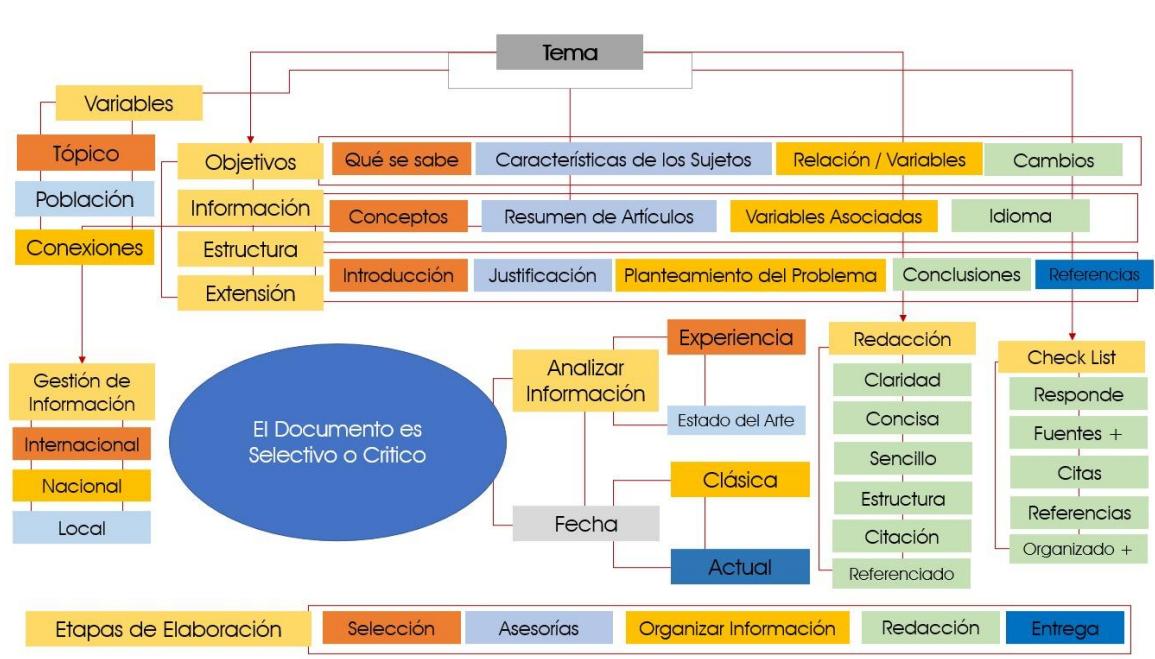
Ψ Esquemas de la Psicología Ψ

Fuente: Elaboración propia.



# Anexos

Proceso integral para elaborar un documento académico o de investigación.



Fuente: Elaboración propia.

Guía visual para estudiantes y docentes sobre:

- ψ Cómo construir un trabajo académico sólido
- ψ Cómo evaluar su calidad
- ψ Cómo desarrollar pensamiento crítico en la escritura científica

#Cr3atividad3squemas